

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Le développement du leadership clinique infirmier et celui de la leader
révélés par les récits de vie d'infirmières qui exercent ce leadership

par

Marie-Josée Godin

Thèse présentée à la Faculté d'éducation
en vue de l'obtention du grade de
Philosophiae Doctor (Ph.D.)
Doctorat en éducation

Décembre 2018

© Marie-Josée Godin, 2018

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Le développement du leadership clinique infirmier et celui de la leader
révélés par les récits de vie d'infirmières qui exercent ce leadership

par

Marie-Josée Godin

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

France Jutras	Directrice de recherche
Jacinthe Pepin	Codirectrice de recherche
Nicolas Fernandez	Membre externe du jury
Marie-Claire Richer	Membre externe du jury
Rachel Bélisle	Membre interne du jury

Thèse acceptée le 19 décembre 2018

SOMMAIRE

Devant la complexité grandissante des besoins en santé, la façon de concevoir et de dispenser les soins et les services de santé doit être revue et ajustée (Dillon et Prokesch, 2011). Dans un contexte de rationalisation des ressources et où les coûts explosent, des besoins concurrents cohabitent. Selon l'Organisation mondiale de la santé (2010), pour que les systèmes de santé puissent répondre de façon équilibrée aux différents besoins des personnes, des communautés ou des populations, ils doivent avoir un leadership fort. Pour des auteurs tels que Long, Lobley, Spurgeon, Clark, Balderson et Lonetto (2011), la capacité de leadership d'un système de santé repose sur l'exercice du leadership par toutes les intervenantes et tous les intervenants des professions cliniques, quel que soit le titre ou le poste occupé. Cela inclut l'exercice du leadership clinique par les infirmières et infirmiers.

Le leadership est souvent associé à des postes d'autorité formelle dans des organisations. Ce n'est pas de cette manière que le leadership clinique infirmier a été considéré dans notre recherche. La définition que nous avons retenue est celle de Fealy, McNamara, Casey, Geraghty, Butler, Halligan, Treacy et Johnson (2011): « Le leadership clinique résulte de l'habileté du leader clinique à mobiliser des capacités intrapersonnelles et interpersonnelles, afin d'assurer que les soins soient dispensés efficacement, même en présence de défis contextuels importants, tels que des systèmes de santé complexes et la pénurie de personnel » (p. 2030). Cette définition peut sembler centrée sur le leader ou la leader. Ce n'est pas tout à fait le cas car l'accent ne porte pas uniquement sur les caractéristiques du leader (dimension intrapersonnelle), mais aussi sur les processus qu'il met en œuvre (dimension interpersonnelle) pour augmenter la capacité de leadership de l'organisation, assurant ainsi la dispensation de soins de qualité, malgré les défis contextuels.

À l’instar de Fealy *et al.* (2011) et de Long *et al.* (2011), nous avons considéré le leadership clinique infirmier comme le leadership qui peut être exercé par toute infirmière ou tout infirmier dans une organisation de santé, puisque les attentes envers les infirmières et infirmiers vont en ce sens. En effet, dans un document publié en 2012, l’OIIQ prévoyait que le rôle des infirmières et infirmiers deviendrait central au sein des équipes interdisciplinaires. Il ajoutait que les infirmières et infirmiers auraient à assumer un rôle de coordination des activités de soins dispensés en équipe. À cet effet, la Loi sur les infirmières et infirmiers reconnaît la responsabilité de l’infirmière ou de l’infirmier dans la coordination des soins. Pour pouvoir exercer ce leadership clinique, davantage associé à un pouvoir d’influence dans l’équipe et au soutien des membres qu’à la l’occupation d’un poste d’autorité formelle, les infirmières et infirmiers doivent développer les capacités requises.

Day, Fleenor, Atwater, Sturm et McKee (2014) distinguent le développement du leader et le développement du leadership : le développement du leader concerne le développement de la personne elle-même, tandis que le développement du leadership concerne le développement des interactions entre les personnes. Dans la présente recherche qualitative en éducation, nous nous sommes particulièrement intéressée au développement de l’infirmière ou de l’infirmier leader clinique ainsi qu’au développement du leadership clinique infirmier lorsque celui-ci est considéré comme un phénomène social.

Pour mieux comprendre le leadership clinique infirmier en tant que phénomène social, ainsi que son développement et celui de l’infirmière ou l’infirmier leader clinique, nous avons retenu l’approche méthodologique que propose Bertaux (2016). Ainsi, nous avons considéré la situation des « infirmières et infirmiers exerçant un leadership clinique infirmier » comme une situation sociale, et l’avons étudiée au moyen de récits de vie.

Selon Bertaux (2016), l’examen des récits de vie de personnes qui se retrouvent dans une situation sociale donnée, permet de saisir les caractéristiques profondes de cette

situation et permet de découvrir par quels mécanismes et processus ces personnes en sont venues à se retrouver dans la situation sociale donnée. Nous avons considéré ces mécanismes et processus comme étant reliés au développement de l'infirmière ou l'infirmier leader clinique et à celui du leadership clinique infirmier. Cette approche méthodologique inspirée par Bertaux (2016) de même que la théorie de l'apprentissage biographique d'Alheit (Alheit, 2009; Alheit et Dausien, 2005), nous ont permis de mieux comprendre comment des apprentissages effectués tout au long de la vie et dans tous les aspects de la vie ont contribué au développement du leadership clinique infirmier ainsi qu'au développement personnel et professionnel de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique. L'objectif de notre recherche était de décrire les processus de développement du leadership clinique infirmier et ceux du développement de l'infirmière ou l'infirmier leader clinique, dans une perspective biographique tout au long de la vie, selon des infirmières ou infirmiers reconnus par leurs pairs pour la qualité de leur exercice du leadership clinique, qu'il soit ou non relié à un poste de gestion. D'une part, nous avons appelé « formel » le leadership clinique exercé par une infirmière occupant un poste formel de gestion ou de coordination et, d'autre part, le leadership clinique « non formel », celui exercée par une infirmière occupant un poste d'infirmière soignante. Puisque l'objet de notre recherche ne portait pas sur la perception des infirmières et infirmiers de la qualité du leadership clinique infirmier et plutôt sur le développement d'un tel leadership et de la personne de l'infirmière leader, nous avons proposé des critères de qualité de l'exercice du leadership clinique, soit les pratiques de leadership exemplaire identifiées par Kouzes et Posner (1995)

Avec notre objectif en tête, nous avons eu recours aux récits de vie de dix participantes, toutes des infirmières en soins communautaires, quatre exerçant un leadership clinique formel, et six, un leadership non formel. Il est à noter que notre mode de sélection des personnes participantes à la recherche n'a pas permis de recruter un infirmier pour participer à la recherche. Les récits de vie de chaque participante ont été reconstitués par la doctorante suite à l'analyse du verbatim des entretiens. Pour

reconstituer les récits de vie, nous avons d'abord analysé le verbatim des entretiens à la lumière de la démarche d'analyse que recommande Dominicé (2007) pour construire une biographie éducative, c'est-à-dire considérer les composantes suivantes : a) les moments-clés, b) les thèmes porteurs, c) les significations sous-jacentes et d) la singularité de chaque parcours de vie. Cet auteur utilise la biographie éducative dans le cadre d'une formation de deuxième cycle en éducation et ce sont les apprenantes et apprenants qui rédigent eux-mêmes leur biographie éducative. Nous avons procédé différemment. Nous avons reconstitué les récits de vie des participantes, incluant leur biographie éducative, à partir du verbatim des entretiens. Tous les récits de vie reconstitués par la doctorante ont été validés par les participantes. Nous avons ensuite procédé à une analyse de chacun des récits de vie reconstitué, en faisant ressortir les informations en lien avec les niveaux d'analyse du leadership, soit le niveau intrapersonnel (la leader) et interpersonnel (les interactions entre les personnes), puis nous les avons comparés entre eux dans une analyse transversale.

Les résultats de notre étude montrent que le développement de l'infirmière leader clinique et celui du leadership clinique infirmier peuvent être vus comme des « processus de création » : « processus de création de soi personnel et professionnel » pour le développement de l'infirmière leader clinique et « processus de création du nous » pour le développement du leadership clinique infirmier. Ce leadership s'est avéré être un leadership de proximité, c'est-à-dire qu'il implique des interactions fréquentes, conviviales et habilitantes, entre les personnes en interaction là où les soins sont dispensés. Il s'agit d'un leadership dans lequel les personnes sont appelées à participer au leadership.

Pour le développement de l'infirmière leader clinique, cinq processus de création de soi personnel et professionnel ont été identifiés, à savoir : a) la confiance en soi et en la profession infirmière, b) la crédibilité professionnelle, c) la capacité à créer la collaboration et les alliances, d) la capacité à communiquer et e) la capacité à surmonter

les difficultés. Quant au développement du leadership clinique infirmier, il comprend le développement de l'infirmière leader clinique, ainsi que la mise en place, dans l'environnement de travail, d'une logique d'action que partagent les infirmières leaders cliniques, à savoir a) établir la confiance, b) assurer la crédibilité, c) collaborer et faire des alliances et d) utiliser la parole. De plus, à mesure que l'infirmière leader clinique fait des apprentissages et se développe, tout au long de la vie et dans tous les aspects de la vie, elle construit ce que nous avons appelé une « cohérence individuelle ». Celle-ci donne à l'infirmière leader clinique un sens à l'histoire de sa vie. Nous avançons que chaque personne a une cohérence individuelle et que cette cohérence individuelle influence comment la personne exerce le leadership clinique infirmier.

Les résultats de notre étude montrent aussi que l'infirmière leader clinique, dont les comportements peuvent être qualifiés d'éthiques, déploie beaucoup d'efforts pour créer un milieu de travail agréable et harmonieux, qui assure que le travail soit fait et bien fait, dans un climat où chaque personne est respectée. Nous proposons qu'en agissant de la sorte, l'infirmière leader clinique tente d'harmoniser les cohérences individuelles des personnes avec qui elle est en interaction, pour créer une cohérence collective non opprimante, que nous avons appelée la cohérence du nous. Nous considérons que cette cohérence permet à une organisation de santé d'avoir la cohérence collective nécessaire pour viser l'obtention de résultats de qualité, pour les personnes qui reçoivent les soins ou les services, comme pour le personnel ou pour l'organisation elle-même. Le leadership collectif qui en résulte rejoint ce qui semble être une avenue prometteuse pour ce qui est du leadership clinique dans les systèmes de santé, à savoir qu'il devrait être exercé par toutes les intervenantes et tous les intervenants des professions cliniques, quel que soit le titre ou le poste occupé. Ainsi, la promotion du développement de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique dans la formation initiale ou continue implique, certes, d'encourager le développement des capacités à exercer un leadership clinique, mais cela implique tout autant de soutenir la compréhension de ce que signifie faire partie du leadership, ce phénomène social complexe.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
PREMIER CHAPITRE - LA PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE	7
1. LE LEADERSHIP DANS UN SYSTÈME DE SANTÉ	7
2. LE LEADERSHIP CLINIQUE INFIRMIER DANS UN SYSTÈME DE SANTÉ.....	15
3. LA DISTINCTION ENTRE LE DÉVELOPPEMENT DU LEADERSHIP ET CELUI DE LA LEADER OU DU LEADER	20
4. LE PROBLÈME GÉNÉRAL DE RECHERCHE.....	24
DEUXIÈME CHAPITRE - LA RECENSION DES ÉCRITS	27
1. LE DÉVELOPPEMENT DU LEADERSHIP ET CELUI DE LA LEADER OU DU LEADER	27
1.1 Les connaissances générales.....	28
1.2 Les approches avec interventions ou programmes à durée déterminée.....	30
1.3 Les approches biographiques.....	33
2. LE DÉVELOPPEMENT DU LEADERSHIP CLINIQUE INFIRMIER ET CELUI DE L'INFIRMIÈRE OU DE L'INFIRMIER LEADER CLINIQUE	37
2.1 Le leadership clinique infirmier.....	37
2.1.1 Le concept de leadership clinique infirmier.....	38
2.1.2 Les caractéristiques du leadership clinique infirmier	42
2.1.3 Les styles de leadership et les liens avec les résultats.....	46
2.2 Le développement du leadership clinique infirmier et celui de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique.....	48
2.2.1 Dans la formation initiale.....	49
2.2.2 Dans la formation continue	54

2.2.3	Dans une perspective biographique	59
TROISIÈME CHAPITRE - LE CADRE DE RÉFÉRENCE		63
1.	LA THÉORIE DE L'APPRENTISSAGE BIOGRAPHIQUE	64
1.1	L'expérience biographique	65
1.2	La biographie	66
1.3	La biographicité et la perlaboration de l'expérience vécue	67
1.4	L'apprentissage biographique	68
2.	LES THÉORIES SUR LE LEADERSHIP	69
3.	LE DÉVELOPPEMENT DU LEADERSHIP CLINIQUE INFIRMIER ET CELUI DE L'INFIRMIÈRE OU DE L'INFIRMIER LEADER CLINIQUE	74
4.	LES DÉFINITIONS	77
4.1	Le leadership clinique infirmier	77
4.2	L'infirmière ou l'infirmier leader clinique.....	78
4.3	Le développement du leadership et celui de la leader ou du leader.....	79
5.	LE BUT ET L'OBJECTIF DE RECHERCHE	80
QUATRIÈME - CHAPITRE LA MÉTHODOLOGIE		83
1.	LE POSITIONNEMENT ÉPISTÉMOLOGIQUE : UN RECOURS À LA MÉTHODE DES RÉCITS DE VIE	84
2.	LA STRATÉGIE DE RECRUTEMENT DES PARTICIPANTES ET PARTICIPANTS	87
2.1	Les critères de sélection des participantes et participants.....	88
2.2	Le recrutement	90
2.2.1	Première étape : rencontre avec la personne responsable des soins infirmiers communautaires pour chacun des deux CISSS	91
2.2.2	Deuxième étape : rencontre avec les personnes responsables des services identifiés pour chacun des CLSC.....	92

2.2.3	Troisième étape : rencontre avec les équipes d’infirmières et infirmiers dans les CLSC	93
2.2.4	Quatrième étape : rencontres individuelles avec les infirmières identifiées par leurs pairs comme exerçant un leadership clinique de qualité	94
3.	LA DÉMARCHE CONCOMITANTE DE RECUEIL ET DE PREMIÈRE ANALYSE DES DONNÉES	96
3.1	L’entretien narratif	97
3.2	Le guide pour les entretiens narratifs	98
3.3	Le déroulement des entretiens narratifs et leur transcription	99
3.3.1	Le déroulement des entretiens narratifs	99
3.3.2	La transcription des entretiens narratifs	99
3.4	La première démarche d’analyse : reconstitution des récits de vie par la doctorante à partir du verbatim des entretiens narratifs et leur validation	100
4.	LA DEUXIÈME DÉMARCHE D’ANALYSE	104
4.1	L’analyse au cas par cas des récits de vie reconstitués	104
4.2	L’analyse comparative entre les récits de vie ou analyse transversale	105
5.	LA SCIENTIFICITÉ DE LA RECHERCHE	106
6.	LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	108
CINQUIÈME CHAPITRE - LES RÉSULTATS DE LA PREMIÈRE ANALYSE DES DONNÉES : LES RÉCITS DE VIE RECONSTITUÉS PAR LA DOCTORANTE ET VALIDÉS PAR LES PARTICIPANTES		111
1.	LE RÉCIT DE VIE DE JULIE	113
2.	LE RÉCIT DE VIE DE SYLVIE	122
3.	LE RÉCIT DE VIE DE MAUDE	131
4.	LE RÉCIT DE VIE DE CLAUDINE	141

5.	LE RÉCIT DE VIE DE BRIGITTE.....	150
6.	LE RÉCIT DE VIE DE LISE.....	161
7.	LE RÉCIT DE VIE DE CHARLOTTE	170
8.	LE RÉCIT DE VIE DE GENEVIÈVE	181
9.	LE RÉCIT DE VIE DE MARYSE	194
10.	LE RÉCIT DE VIE DE MADELEINE.....	206
SIXIÈME CHAPITRE - LES RÉSULTATS DE L'ANALYSE		
TRANSVERSALE DES RÉCITS DE VIE		219
1.	LA SITUATION SOCIALE ÉTUDIÉE : LES INFIRMIÈRES EXERÇANT UN LEADERSHIP CLINIQUE INFIRMIER	221
2.	LE DÉVELOPPEMENT DE L'INFIRMIÈRE LEADER CLINIQUE : PROCESSUS DE CRÉATION DE SOI PERSONNEL ET PROFESSIONNEL EN UNE COHÉRENCE INDIVIDUELLE.....	225
2.1	La confiance en soi et en la profession infirmière	226
2.2	La crédibilité professionnelle.....	231
2.2.1	Le cheminement d'études	231
2.2.2	Les expériences en milieu de travail	233
2.2.3	Les expériences de vie	237
2.2.4	Les mentors ou autres personnes significatives	238
2.2.5	Les activités de formation continue ou de développement professionnel	240
2.3	La capacité à créer la collaboration et les alliances	241
2.4	La capacité à communiquer	244
2.5	La capacité à surmonter les difficultés.....	246
3.	LE DÉVELOPPEMENT DU LEADERSHIP CLINIQUE INFIRMIER : PROCESSUS DE CRÉATION DU NOUS POUR UNE COHÉRENCE COLLECTIVE.....	251

3.1	Établir la confiance	252
3.2	Assurer la crédibilité	254
3.3	Collaborer et faire des alliances	258
3.4	Utiliser la parole	261
4.	L'ILLUSTRATION DES RÉSULTATS PAR UN SCHÉMA INTÉGRATEUR	265
SEPTIÈME CHAPITRE - LA DISCUSSION DES RÉSULTATS		271
1.	LE DÉVELOPPEMENT DE L'INFIRMIÈRE LEADER CLINIQUE : PROCESSUS DE CRÉATION DE SOI PERSONNEL ET PROFESSIONNEL EN UNE COHÉRENCE INDIVIDUELLE	272
1.1	La confiance en soi et en la profession infirmière	272
1.2	La crédibilité professionnelle	274
1.3	Les capacités développées	278
1.3.1	Créer la collaboration et les alliances : être première parmi des égaux	278
1.3.2	Communiquer : une parole éthique respectueuse des personnes	280
1.3.3	Surmonter les difficultés : être l'organisatrice de sa propre vie	282
2.	LE DÉVELOPPEMENT DU LEADERSHIP CLINIQUE INFIRMIER : PROCESSUS DE CRÉATION DU NOUS EN UNE COHÉRENCE COLLECTIVE POUR UN LEADERSHIP ÉTHIQUE	285
2.1	Établir la confiance	286
2.2	Assurer la crédibilité	288
2.3	Collaborer et faire des alliances	290
2.4	Utiliser la parole	291
3.	LES APPORTS ORIGINAUX DE NOTRE RECHERCHE	293
3.1	Le leadership clinique infirmier : au-delà de la leader ou du leader	293

3.2	Les récits de vie pour l'étude du leadership clinique infirmier, son développement et celui de l'infirmière ou l'infirmier leader clinique	296
3.3	Le développement de l'infirmière ou l'infirmier leader clinique et celui du leadership clinique infirmier : une question de cohérences	297
4.	LA SITUATION DE NOTRE ÉTUDE DANS LA THÉMATIQUE DU DOCTORAT EN ÉDUCATION.....	299
	CONCLUSION	303
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	309
	ANNEXE A - COURRIEL ENVOYÉ À LA PERSONNE RESPONSABLE DES SOINS INFIRMIERS COMMUNAUTAIRES DANS CHACUN DES DEUX CISSS	319
	ANNEXE B - COURRIEL ENVOYÉ AUX PERSONNES RESPONSABLES D'ASSURER LA DISPENSATION DES SOINS INFIRMIERS DANS CHACUN DES DEUX CLSC	321
	ANNEXE C - DOCUMENT PRÉSENTÉ LORS DES RENCONTRES D'ÉQUIPES D'INFIRMIÈRES ET D'INFIRMIERS DANS LES CLSC	323
	ANNEXE D - COURRIEL ENVOYÉ AUX INFIRMIÈRES IDENTIFIÉES PAR LEURS PAIRS COMME EXERÇANT UN LEADERSHIP CLINIQUE INFIRMIER DE QUALITÉ	325
	ANNEXE E - GUIDE POUR LES ENTRETIENS NARRATIFS	327
	ANNEXE F - GUIDE POUR L'ENTRETIEN DE VALIDATION PAR TÉLÉPHONE.....	333
	ANNEXE G - APPROBATION COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DU CENTRE DE RECHERCHE DU PREMIER CISSS	335
	ANNEXE H - APPROBATION COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE ÉDUCATION ET SCIENCES SOCIALES UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE	337
	ANNEXE I - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ	339
	ANNEXE J EXEMPLE DE LA COHÉRENCE INDIVIDUELLE D'UNE PARTICIPANTE À LA RECHERCHE	347

LISTE DES ENCADRÉS

Encadré 1.	Les mégatendances en santé selon Dillon et Prokesch (2011).....	8
Encadré 2.	Les défis à relever par la profession infirmière (OIIQ, 2012).....	16

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Les catégories de théories sur le leadership identifiées par Dihn <i>et al.</i> (2014).....	71
Tableau 2.	Le profil des participantes à la recherche.....	96
Tableau 3.	Cheminement d'études des participantes pour l'obtention de leurs diplômes en soins infirmiers ou en sciences infirmières.....	232

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Le modèle conceptuel du développement et maintien du leadership infirmier selon l’AIIAO (2013).....	75
Figure 2.	Le développement du leadership clinique infirmier et celui de l’infirmière leader clinique tout au long de la vie	266

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

AIIAO	Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
ASHE	<i>Association for the Study of Higher Education</i>
ASI	Assistante du supérieur immédiat
BAC (bac)	Baccalauréat en sciences infirmières
CECII	Comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers
CÉR	Comité d'éthique de la recherche
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLCF	<i>Clinical Leadership Competency Framework</i>
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et des services sociaux
DEC	Diplôme d'études collégiales
DPIJ	Direction de la protection de la jeunesse
MSSSQ	Ministère de la santé et des services sociaux du Québec
NHS	<i>National Health Service</i>
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et petite enfance

*À mes parents, Mionne et Maurice,
pour leur amour,
leur exemple de courage
et leur soutien indéfectible*

REMERCIEMENTS

En premier lieu, j'aimerais remercier ma directrice de recherche, Madame France Jutras, professeure en éducation, ainsi que ma codirectrice de recherche Madame Jacinthe Pepin, professeure en sciences infirmières, pour l'excellente qualité de leur encadrement. Quel bel exemple de partenariat interdisciplinaire elles m'ont donné, chacune assumant sa spécificité avec brio et navigant dans l'équipe en tout respect de l'autre et avec ouverture, pour faire avancer ma réflexion et le travail à accomplir. Je les remercie de m'avoir consacré du temps de si grande qualité, de m'avoir accordé la liberté qu'il me fallait pour apprendre et le soutien dont j'avais besoin pour persévérer.

Je voudrais aussi remercier les infirmières et infirmiers que j'ai côtoyés dans ma démarche de recrutement pour ma recherche, et en particulier les dix participantes. Je salue leur générosité et les remercie de m'avoir fait confiance

Des remerciements s'adressent également à des collègues de travail avec qui j'ai pu discuter des défis associés à l'entreprise que représente le cheminement au doctorat. J'ai apprécié leur soutien, et je veux nommer en particulier Madame Édith Ellefsen, Monsieur Jacques Lemaire, Madame Marie-Chantal Loiselle et Madame Kim Ostiguy. Mes remerciements vont aussi à Madame Guylaine Jean et à Madame Isabelle Bolduc pour leur soutien technique fort apprécié.

Sur une note plus personnelle, je tiens à remercier mes sœurs, Jacinthe et Judith, pour la qualité de leur écoute et pour leur soutien de tous les instants. Je remercie aussi mon frère Maxime pour avoir été là aux bons moments, sa conjointe Carole ainsi que Jean-Yves, le conjoint de ma sœur Judith. Toutes ces personnes m'ont soutenue, chacune à sa façon, à sa façon unique.

INTRODUCTION

Sous l'influence de tendances mondiales de différente nature, les systèmes de santé du monde occidental sont en profonde transformation (D'Amour, Tremblay et Proulx, 2009). L'accroissement considérable des connaissances bio-médicales entraîne une prolifération de modalités techniques et technologiques pouvant détecter et traiter nombre d'affections inconnues autrefois. Pour répondre à des besoins de plus en plus complexes, la dispensation des soins et des services de santé est repensée. Elle s'effectue davantage en partenariat ou en équipe, qu'il s'agisse d'un partenariat entre les membres d'une équipe intraprofessionnelle ou interprofessionnelle, d'un partenariat avec les acteurs et actrices de la communauté ou encore d'un partenariat avec les personnes qui ont recours aux services de santé. Dès lors il est indispensable que différentes perspectives sur la santé soient réunies. Ainsi, il importe que les intervenantes et intervenants des différentes professions cliniques joignent leurs efforts, en apportant leur contribution distinctive dans l'équipe ou avec les partenaires, et ce, pour arriver à dispenser les soins et les services de santé répondant aux besoins réels des personnes, des familles, des groupes ou des communautés.

Lorsque l'on pense au travail effectué en équipe ou en partenariat, la question du leadership émerge. Pour ce qui concerne le leadership dans les systèmes de santé, de plus en plus d'auteurs recommandent que le leadership soit exercé par toutes les intervenantes et tous les intervenants des professions cliniques, et ce, quel que soit le titre ou le poste occupé (Long, Loble, Spurgeon, Clark, Balderson et Lonetto, 2011; CHLNet, 2010). Les auteurs du Rapport de la *Robert Wood Johnson Foundation* (RWJF) et de l'*Institute of Medicine* (IOM), publié en 2010, recommandent que l'infirmière et l'infirmier agissent à titre de partenaires à part entière dans l'exercice du leadership clinique. La formation infirmière, qu'elle soit initiale ou continue, de même que les organisations de soins de

santé elles-mêmes, ont inévitablement un rôle à jouer dans la préparation ou le soutien à l'exercice de ce leadership clinique. Elles ont un rôle important à jouer dans le développement des leaders et dans celui du leadership clinique infirmier. Rappelons qu'il s'agit ici davantage d'un leadership pouvant être exercé par toutes les infirmières et tous les infirmiers, par exemple grâce à des habiletés de persuasion, d'influence ou de soutien aux personnes, que d'un leadership exercé par des personnes infirmières détentrices d'un poste de gestion ou appelées à diriger du personnel.

Dans un rapport concernant le développement des leaders dans la formation universitaire, l'*Association for the Study of Higher Education* (ASHE, 2013) déplore que les termes leader et leadership soient utilisés de manière interchangeable dans les écrits. Les auteurs considèrent que le leadership risque ainsi d'être confondu avec le leader, alors qu'il s'agit dans un cas d'interactions entre des personnes (leadership) et dans l'autre, de la personne elle-même (leader). Ils craignent que le fait de réduire le leadership à la personne du leader, en quelque sorte une personne héroïque, constitue un obstacle dans la formation. Ils avancent que les étudiantes et étudiants pourraient ne pas se sentir concernées par un tel leadership centré sur la personne, mais qu'ils pourraient l'être davantage si le leadership était présenté comme un phénomène social auquel toutes et tous devraient participer.

Day *et al.* (2014) précisent que le développement du leadership inclut le développement de la leader ou du leader. Pour avoir une connaissance la plus juste possible du développement du leadership, ils recommandent de s'intéresser à la dimension intrapersonnelle du leadership, c'est-à-dire au développement de la leader ou du leader, et à la dimension interpersonnelle du leadership, c'est-à-dire aux interactions entre les personnes dans un milieu donné.

Lorsque l'on examine les écrits sur le leadership clinique infirmier, on remarque l'absence de consensus sur une définition. On constate aussi le fort intérêt pour la dimension intrapersonnelle de ce leadership, c'est-à-dire pour la personne de l'infirmière

ou de l'infirmier comme leader clinique. Cet accent sur la leader ou le leader est aussi retrouvé dans les écrits provenant d'autres disciplines. Ainsi, les caractéristiques, les comportements ou les styles de leadership de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique sont documentés, de même que, dans une moindre mesure, les manières d'encourager le développement de cette personne dans la formation infirmière initiale ou continue. Ce qui est beaucoup moins documenté, c'est la dimension interpersonnelle du leadership clinique infirmier et son développement, c'est-à-dire les façons selon lesquelles se produisent et se développent les multiples interactions entre les personnes dans un milieu clinique donné.

Dans une allocution dressant le bilan de ses 30 années consacrées à l'étude du développement du leader et du leadership, McCall (2010) en arrive à la conclusion que l'expérience est la principale source pour apprendre à être un leader. De leur côté, Marath et Ramachandra (2015) rapportent l'effet positif d'un programme de développement des compétences de leadership d'infirmières et infirmiers en formation initiale. Leur étude a permis de documenter la valeur d'apprentissages effectués en contextes formels dans le développement de la leader ou du leader. Il appert que ce développement résulte d'un assemblage d'apprentissages effectués dans différents contextes : en contextes formels, par exemple pour l'obtention de diplômes; en contextes non formels, par exemple, en milieu de travail; ou en contextes informels, c'est-à-dire dans les activités de tous les jours. Il s'agit alors d'apprentissages effectués tout au long de la vie (*lifelong learning*) et dans tous les aspects de la vie (*lifewide learning*). En conséquence, pour qui s'intéresse à l'étude du développement du leadership clinique infirmier sous l'angle de sa dimension intrapersonnelle, c'est-à-dire sous l'angle de la leader ou du leader, et ce, dans une perspective tout au long de la vie, l'adoption d'une approche biographique paraît indiquée.

Cette recherche de nature qualitative porte sur le développement de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique tout au long de la vie et dans tous les aspects de la vie,

sur les caractéristiques du leadership clinique infirmier et sur son développement. Ainsi, l'objectif de notre recherche est de décrire les processus de développement du leadership clinique infirmier et ceux du développement de l'infirmière ou l'infirmier leader clinique, dans une perspective biographique tout au long de la vie, selon des infirmières ou infirmiers reconnus par leurs pairs pour la qualité de leur exercice du leadership clinique, qu'il soit relié ou non à un poste de gestion. Alors que nous avons appelé « formel » le leadership clinique exercé par une infirmière ou un infirmier occupant un poste formel de gestion ou de coordination, nous avons nommé le leadership clinique « non formel » celui exercée par une infirmière ou un infirmier occupant un poste d'infirmière soignante ou d'infirmier soignant. À notre connaissance, aucune étude n'a examiné, sous un angle biographique et en considérant le leadership clinique infirmier comme un phénomène social, le développement de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique et le développement du leadership clinique infirmier.

Cette thèse comprend sept chapitres. Le premier chapitre a trait à la problématique tandis que le deuxième chapitre porte sur notre recension des écrits. Dans ce chapitre, nous faisons état des principaux écrits sur le développement du leadership clinique infirmier et de l'infirmière ou l'infirmier leader clinique, et, dans une moindre mesure, du développement du leadership et du leader dans d'autres disciplines. Nous visons ainsi à situer notre recherche dans l'état actuel des connaissances sur le développement du leadership et du leader, sans toutefois prétendre à une recension représentative des très nombreux écrits sur le leadership, particulièrement dans la science de la gestion. Le troisième chapitre porte sur le cadre de référence de notre étude. Il y est question de la théorie de l'apprentissage biographique d'Alheit (Alheit, 2009; Alheit et Dausien, 2005), des théories sur le leadership (Dihn *et al.*, 2014) et du modèle de développement et de maintien du leadership infirmier, soit celui de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO, 2013).

Le quatrième chapitre est consacré à la méthodologie adoptée dans notre étude. Nous précisons notre orientation épistémologique, la stratégie de recrutement des participantes et participants, notre démarche de recueil et de première analyse des données, c'est-à-dire celle qui a mené à la reconstitution des récits de vie par la doctorante, à partir du verbatim des entretiens avec les participantes. Nous précisons également notre deuxième démarche d'analyse soit l'analyse au cas par cas des récits de vie reconstitués et l'analyse comparative des récits de vie entre eux, que nous appelons l'analyse transversale. Dans ce chapitre, nous indiquons aussi les éléments reliés à la scientificité de notre recherche ainsi que les considérations éthiques.

Dans le cinquième chapitre, nous présentons les résultats de notre première analyse, c'est-à-dire les dix récits de vie reconstitués par la doctorante et validés par les participantes à la recherche. Quant au sixième chapitre, il fait état des résultats de notre recherche pour ce qui est de la deuxième démarche d'analyse, c'est-à-dire les résultats de l'analyse au cas par cas des récits de vie reconstitués et de l'analyse transversale. C'est au septième et dernier chapitre que se trouve la discussion de nos résultats.

PREMIER CHAPITRE

LA PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

La mission ultime d'un système de santé est d'améliorer la santé des personnes, des communautés ou des populations qui habitent sur son territoire. Pour remplir cette mission, des organisations, des institutions et des ressources sont mises en commun pour la dispensation de soins et de services. Pour réussir sa mission, un système de santé devrait faire preuve d'un leadership fort (OMS, 2010). Dans la présente recherche, nous nous intéressons au leadership clinique exercé par les infirmières et infirmiers dans le système de santé et plus particulièrement au développement de ce leadership ainsi qu'à celui de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique.

Ce premier chapitre porte sur notre problématique de recherche et comprend quatre sections. Nous traitons d'abord du leadership dans un système de santé. Dans la deuxième section, nous présentons la place du leadership clinique infirmier dans un système de santé. La troisième section est consacrée à la distinction entre le développement du leadership et le développement de la leader ou du leader. Finalement, la quatrième et dernière section nous permet d'exposer le problème général de recherche.

1. LE LEADERSHIP DANS UN SYSTÈME DE SANTÉ

En réponse à des changements majeurs de différente nature, les systèmes de santé du monde occidental sont appelés à se transformer (D'Amour *et al.* 2009). Dillon et Prokesch (2011) identifient les mégatendances qui se dessinent en santé et qui entraînent une révision des manières de concevoir et d'organiser les soins et les services de santé. Nous les rapportons à l'encadré 1.

Encadré 1

Les mégatendances en santé selon Dillon et Prokesch (2011)

- La demande de soins de santé par les économies émergentes;
- La médecine personnalisée et les avancées technologiques;
- Le vieillissement de la population;
- La hausse des coûts des soins de santé;
- Les pandémies à l'échelle mondiale;
- Les défis environnementaux;
- La médecine basée sur des résultats probants amenant l'utilisation de plus en plus grande de protocoles de traitement;
- Les soins dispensés par des intervenants autres que les médecins;
- L'influence des contribuables sur la prise de décision quant aux traitements;
- La croissance de la philanthropie (fondations et autres organismes non gouvernementaux);
- La prévention comme occasion d'affaire;
- Le tourisme médical.

Source : Les informations sont tirées de Dillon et Prokesch (2011).

À ces mégatendances identifiées par Dillon et Prokesch (2011), d'autres s'ajoutent, comme le développement des soins de première ligne dans un continuum de soins et de services (OIIQ, 2012). Tout cela représente un défi de taille pour des systèmes de santé hospitalocentristes, allouant des ressources considérables à des soins curatifs coûteux, trop souvent au détriment des soins de promotion de la santé, de prévention de la maladie ou de suivi et de maintien à domicile des personnes ayant des problèmes de santé chroniques. Pour l'OMS (2010), sans des politiques solides et un leadership fort, les systèmes de santé ne peuvent répondre de façon équilibrée aux besoins et aux attentes de la population; ils ne peuvent non plus utiliser leurs ressources de manière optimale. La capacité de leadership dont il est question ici est celle exercée par les systèmes de santé pour arriver à dispenser les soins et les services à la population située sur son territoire, autrement dit, le leadership nécessaire à la réalisation de leur mission sociale. Quand l'OMS (2010) parle d'équilibre, il réfère à l'équilibre à atteindre en tenant compte des valeurs qui devraient, selon lui, animer les systèmes de santé, à savoir la qualité des soins, l'équité pour tous, la pertinence des actions et l'efficience (OMS, 2001).

Pour répondre aux besoins de plus en plus complexes des personnes, des communautés ou des populations, les soins et les services de santé sont souvent dispensés en équipe, qu'elle soit intraprofessionnelle ou interprofessionnelle. Le travail en équipe impliquant des interactions entre les personnes, la question du leadership y est forcément associée. Cette question interpelle plusieurs acteurs et actrices concernés par la réforme de l'organisation ou de la dispensation des soins et des services de santé. Nous présentons deux exemples d'instances selon lesquelles la capacité des systèmes de santé de répondre aux attentes de la population dépend de la qualité du leadership qu'on y retrouve : le *National Health Service* (NHS) au Royaume-Uni et le groupe de leaders du domaine de la santé de Colombie-Britannique.

Au Royaume-Uni, un modèle de leadership clinique a été conçu pour favoriser la réussite de la réorganisation majeure du système de santé (Long, Loble, Spurgeon, Clark, Balderson, et Lonetto, 2011). Le gouvernement estimait que les intervenantes et intervenants de premier plan dans le *National Health Service* (NHS), c'est-à-dire les cliniciennes et les cliniciens quelle que soit leur profession, leur titre ou le poste occupé, seraient les principaux responsables de la mise en œuvre de ces changements. Le gouvernement du Royaume-Uni s'engageait alors à les soutenir et reconnaissait l'importance de développer la capacité de leadership dans tout le système de santé.

Pour développer cette capacité de leadership, un modèle de développement du leadership clinique, le *Clinical Leadership Competency Framework* (CLCF) a été élaboré (Long *et al.*, 2011). Ce modèle vise à optimiser le potentiel d'exercice du leadership chez les intervenantes et intervenants de toutes les professions liées à la santé, et ce, à tous les paliers hiérarchiques du système de santé. Il comprend cinq catégories de compétences à développer, considérées comme indispensables pour l'exercice du leadership : démontrer des qualités personnelles, travailler avec les autres, gérer les services, améliorer les services et établir des orientations (HCPC, 2011). Dans le modèle de leadership clinique retrouvé dans le NHS au Royaume-Uni, la capacité de leadership du système de santé

repose sur l'exercice du leadership clinique par toutes les intervenantes et tous les intervenants des professions liées à la santé, et ce, quel que soit le titre ou le poste occupé. Pour Long *et al.* (2011), il y va de la qualité des services et des soins.

Au Canada, le Cadre LEADS ou Cadre des capacités de leadership en santé (CHLNet, 2010) est un modèle développé par un groupe de leaders du domaine de la santé de Colombie Britannique. Adopté par différentes organisations au Canada (Comack, 2012), ce modèle propose une vision commune des habiletés reliées à l'exercice du leadership en soins de santé, et ce, quel que soit le titre ou le poste occupé. Selon les concepteurs du modèle, pour créer la culture de leadership requise dans le système de santé, chaque personne doit exercer un leadership lorsque cela est nécessaire, quel que son titre ou son poste. Ainsi, poursuivent-ils, les efforts sont mis en commun pour développer la capacité de leadership nécessaire au système pour qu'il fonctionne de manière telle que les résultats, c'est-à-dire l'amélioration de l'état de santé des personnes, des communautés ou des populations, soient optimaux. Le modèle comprend des habiletés regroupées en cinq catégories : l'aptitude d'un leader à se diriger lui-même (*Lead Self*), à impliquer les autres (*Engage Others*), à obtenir des résultats (*Achieve Results*), à développer des coalitions (*Develop Coalitions*) et à transformer les systèmes (*Systems Transformation*). C'est ce qui forme l'acronyme LEADS. Les concepteurs de ce cadre avancent que son utilisation peut aider à former des leaders et à développer au maximum la capacité de leadership des personnes, quel que soit le titre ou le poste occupé, de même que celle des organisations.

Ces deux modèles de leadership dans le contexte d'un système de santé traduisent la promotion d'une forme particulière de leadership : le leadership partagé ou distribué. Considéré sous l'angle du partage ou de la distribution, le leadership n'est plus l'apanage d'une seule personne ou de quelques personnes occupant des postes traditionnellement identifiés à une fonction de leader. Déjà en 2004, dans un ouvrage synthèse, McCauley et Van Velsor soulignaient le caractère obsolète du leadership exercé par une seule

personne, les défis que rencontrent les organisations étant trop complexes pour que des leaders individuels arrivent à les comprendre tous et à les relever seuls. Pour Day, Fleenor, Atwater, Sturm et McKee (2014), le leadership n'est pas une position, c'est un processus. Pour leur part, Roussel et Ratcliff (2013, dans Cutcliffe et Cleary, 2015) estiment aussi que la position ne fait pas le leader. Ils déclarent :

Un poste ne fait pas d'une personne un leader ni ne provoque des comportements de leadership envers des subalternes. Cela est aussi vrai pour les infirmières que pour le personnel en industrie ou dans les services militaires. C'est une erreur que d'accorder à un doyen, un professeur en soins infirmiers, un administrateur, un superviseur ou un gestionnaire en soins infirmiers le titre de leader du seul fait de la position qu'il occupe [...] L'autorité qui vient avec un titre ou une position de chef de file confère un pouvoir légitime, mais ce n'est pas le leadership¹ (Roussel et Ratcliff, 2013, p. 741, dans Cutcliffe et Cleary 2015, p. 820)

Cette citation complète ce qu'avancent Long *et al.* (2011) de même que le groupe de leaders en santé de Colombie-Britannique (CHLNet, 2010) en ce sens qu'elle traduit l'idée que le leadership n'est pas nécessairement exercé par des personnes du seul fait de la position qu'elles occupent dans une organisation. Ces auteurs recommandent fortement que, dans un système de santé, toutes les intervenantes et tous les intervenants des professions de la santé exercent un leadership, peu importe le titre ou le poste occupé. Et cela, afin d'augmenter la capacité de leadership de tout le système pour permettre la dispensation des soins et des services de qualité auxquels la population est en droit de s'attendre.

Le leadership partagé ou distribué est particulièrement encouragé dans les organisations complexes (Fitzsimons, James et Denyer, 2011). Il n'est donc pas

¹ Traduction libre de « *A job title does not make a person a leader, nor does it cause a person to exercise leadership behavior over subordinates. This is as true of nurses as it is of personnel in industry or the military services. It is a mistake to refer to the dean of a college, a professor of nursing, a nurse administrator, a supervisor, or nurse manager as a leader by virtue of a position. . . . Authority embodied in a title or position of headship is legitimized power, it is not leadership* ».

surprenant de retrouver un intérêt pour ce leadership dans les systèmes de santé. Cependant, l'exercice du leadership partagé ou distribué comporte certaines difficultés, dont la prise de décision à plusieurs personnes (Cutcliffe et Cleary, 2015). Mais, entre la prise de décision réservée aux personnes en position d'autorité et la stérile recherche de consensus en équipe à tout prix, nous estimons qu'il y a un juste milieu. Pour arriver à ce juste milieu, nous croyons que la culture de leadership du système de santé doit faire en sorte que chaque intervenante ou intervenant des professions de la santé puisse non seulement exercer un leadership clinique dans sa pratique au quotidien, mais aussi percevoir qu'elle ou qu'il peut exprimer ouvertement son point de vue dans l'équipe interprofessionnelle, selon son expertise, et que celui-ci est bienvenu, valorisé et considéré. Selon Schein (2016), plus les tâches à effectuer dans une organisation sont complexes, plus l'interdépendance entre les paliers hiérarchiques est importante et plus la création d'un climat de sécurité psychologique permettant l'expression franche des points de vue de chaque personne, en particulier des subalternes, est importante. Dans un tel climat, il s'agit alors moins de relations entre un leader hiérarchique et les personnes qui le suivent, ce que les anglophones nomment les *followers*, que d'interactions entre des personnes capables d'exercer un leadership et travaillant ensemble pour l'atteinte d'un but commun. Collinson (2005) parle d'une perspective poststructuraliste du leadership, quand il réfère aux relations entre la leader et les personnes qui la suivent ou entre le leader et les personnes qui le suivent.

Pour Collinson (2005), lorsque l'on considère le phénomène du leadership dans une perspective poststructuraliste, les frontières entre les leaders et les personnes qui les suivent sont floues, voire inexistantes, puisqu'une personne peut être un leader dans un contexte et, dans un autre, elle peut être une personne qui suit un leader. Cet auteur défend l'idée que les identités de leader et de personne qui suit un leader ne sont pas fixes : elles dépendraient, entre autres choses, du contexte. Une personne aurait à gérer des identités de leader ou de personne qui suit un leader, en fonction des contextes rencontrés. Collinson (2005) définit cela en tant que dialectique du leadership.

Dans un système de santé, cela pourrait vouloir dire que dans certaines situations cliniques où l'expertise de l'infirmière est particulièrement sollicitée, ce pourrait être une infirmière ou un infirmier qui assume le rôle de leader dans l'équipe interprofessionnelle tandis que dans une autre situation clinique, ce pourrait être une travailleuse sociale, un travailleur social ou encore un médecin qui assume ce rôle. En soins communautaires par exemple, dans le contexte des suivis postnataux auprès d'une clientèle en contexte de grande vulnérabilité, une infirmière peut assumer le rôle de leader dans l'équipe interprofessionnelle lorsque c'est son expertise qui est particulièrement recherchée et qu'elle a un lien de confiance avec la personne suivie (ex. situation d'allaitement difficile) ou ce rôle peut être assumé par une travailleuse sociale lorsque le problème prioritaire à résoudre concerne les difficultés financières ou la consommation. Cela implique qu'il doit exister une réelle collaboration entre les membres de l'équipe interprofessionnelle, basée sur la reconnaissance et le respect de la contribution de chacun. Cela signifie aussi que le but commun est l'amélioration de l'état de santé des personnes, des communautés ou des populations, et non la poursuite d'intérêts personnels ou corporatistes. À première vue, cette gestion des identités de leader et de personne qui suit un leader peut sembler envisageable. Dans les faits, elle peut être beaucoup plus difficile à réaliser, certains membres de l'équipe interprofessionnelle pouvant avoir une identité de leader consolidée plus fermement et depuis plus longtemps que d'autres en raison de la hiérarchie traditionnelle des rôles dans le domaine de la santé ou encore du nombre d'années d'expérience. Ainsi, il pourrait être difficile pour certains membres de l'équipe de manifester les comportements liés à un rôle de participant à l'effort commun plutôt qu'un rôle de leader, comme il pourrait être difficile pour d'autres membres de l'équipe de manifester les comportements requis pour assumer le rôle de leader de l'équipe lorsqu'il le faut.

Cette gestion des identités et des comportements implique de faire des apprentissages, mais la motivation pour les faire pourrait être différente d'une personne à l'autre. Pour Schein (2016), le leadership est la clé de cette forme d'apprentissage. Il

soutient que dans un groupe, le fait d'apprendre quelque chose de nouveau ou de cesser de faire des choses inappropriées, est obtenu par l'entremise de comportements de leadership². Ainsi, l'ajustement des comportements selon les situations rencontrées pourrait permettre au groupe d'apprendre et de développer de meilleures stratégies pour atteindre le but commun.

Cette idée du leadership partagé ou distribué permet de prendre une certaine distance par rapport à la conception plus ancienne du leadership centrée sur le leader exerçant son influence partout et toujours. Une telle conception du leadership occupe aujourd'hui moins de place dans certains systèmes de santé, comme cela semble être le cas au Royaume-Uni, mais elle est encore très présente dans d'autres. Les chercheuses et chercheurs qui s'intéressent au leadership considèrent qu'il s'agit d'un phénomène global qui va bien au-delà de la personne du leader (Avolio, Reichard, Hannah, Walumbwa et Chan, 2009). C'est un phénomène social complexe dans lequel interviennent des interactions multiples effectuées à différents niveaux d'analyse, par exemple, au niveau d'une personne, d'une dyade, d'un groupe ou d'une organisation, et ce phénomène se produit avec le temps (Dinh, Lord, Gardner, Meuser, Liden et Hu, 2014; Fischer, Dietz et Antonakis, 2017). Dihn *et al.* (2014) ajoutent que différents processus opèrent et influencent le déploiement du leadership dans les milieux : les leaders utiliseraient ou changeraient ces processus, encore insuffisamment compris, pour créer des organisations efficaces.

Dans le contexte d'un système de santé, les interactions multiples entre les personnes, à chaque palier et entre les paliers hiérarchiques d'une organisation de santé, de même que l'intervention de processus liés au leadership, augmenteraient la capacité de leadership de l'organisation ainsi que celle du système de santé. Cet accroissement de la capacité de leadership augmenterait la probabilité de produire les résultats attendus,

² Traduction libre de « *The learning of something new or stopping something inappropriate will be mediated by leadership behavior* » (emplacement 806)

ceux-ci étant ultimement l'amélioration de la santé des personnes, des communautés ou des populations.

Cette conception du leadership comme un phénomène social complexe de même que l'éventualité d'une gestion des identités et des comportements de leaders et de personnes qui suivent un leader, même avec les difficultés que cela peut représenter, nous apparaissent compatibles avec l'idée de leadership partagé ou distribué entre des personnes travaillant en partenariat dans un système de santé. L'attribution du rôle de leader à un partenaire ou à un autre membre de l'équipe interprofessionnelle pourrait ainsi dépendre de différents facteurs tels que le contexte de soins ou l'expertise particulièrement requise dans une situation clinique donnée. Dans cette perspective, l'infirmière et l'infirmier sont appelés, comme les autres membres de l'équipe interprofessionnelle, à prendre part au leadership, et ce, à quelque palier hiérarchique que ce soit dans le système de santé. Nous croyons qu'un leadership infirmier bien assumé pourrait contribuer à l'accroissement de la capacité de leadership de l'organisation. En ce sens, la prochaine section est consacrée au leadership infirmier, et plus particulièrement au leadership clinique infirmier.

2. LE LEADERSHIP CLINIQUE INFIRMIER DANS UN SYSTÈME DE SANTÉ

Avant de traiter du leadership clinique infirmier, rappelons que le leadership infirmier peut être exercé dans différents contextes tels que dans la formation infirmière, la gestion des soins infirmiers, la recherche, la sphère politique ou encore la pratique clinique. Nous avons choisi de situer notre étude du leadership infirmier dans le contexte clinique, c'est pourquoi nous parlons de leadership clinique infirmier.

Quand on considère les transformations des systèmes de santé, l'on remarque que les soins infirmiers sont touchés de près par ces transformations. Au Québec, par exemple, les membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec constituent près de 50 % des effectifs dans tous les milieux de soins (OIIQ, 2014). Il serait souhaitable que les

infirmières et infirmiers participent activement à la réorganisation du système de santé puisqu'elles et qu'ils doivent assumer une grande partie des conséquences des décisions. Afin de préparer les infirmières et infirmiers pour la pratique contemporaine des soins infirmiers, l'OIIQ identifie les défis qu'elles et qu'ils ont à relever (OIIQ, 2012). Nous retrouvons ces défis dans l'encadré 2.

Encadré 2

Les défis à relever par la profession infirmière (OIIQ, 2012)

- L'évolution des compétences requises pour exercer la profession infirmière;
- Le développement accéléré des connaissances scientifiques et technologiques;
- Le vieillissement de la population;
- Le suivi des personnes ayant des maladies chroniques multiples (incluant la santé mentale) et leur maintien dans la communauté;
- Le développement de la première ligne dans un continuum de soins et de services;
- L'évolution du rôle de coordination de l'infirmière dans des équipes de soins et son rôle central dans des équipes interdisciplinaires.

Source : Les informations sont tirées de OIIQ (2012).

En considérant l'encadré 2, lorsque l'OIIQ (2012) mentionne l'évolution des compétences requises pour exercer la profession infirmière, lorsqu'il parle de suivi des personnes ayant des maladies chroniques multiples, de développement de la première ligne, du rôle de l'infirmière ou de l'infirmier dans la coordination d'équipe de soins ou encore de son rôle central dans les équipes interdisciplinaires, il réfère à l'exercice de la profession infirmière en considérant la pleine portée du champ d'exercice que la *Loi sur les infirmières et infirmiers* lui confère. L'Ordre réfère ainsi à l'exercice complet du rôle de l'infirmière et de l'infirmier, lequel a été précisé avec l'entrée en vigueur de la *Loi modifiant le Code des professions et autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* et de la *Loi modifiant le Code des professions et autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* au Québec.

Ainsi, l'entrée en vigueur en 2003 de la *Loi modifiant le Code des professions et autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* et, en 2009, de la *Loi modifiant le Code des professions et autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*, a amené une redéfinition des champs d'exercice des professions de la santé ainsi qu'un partage de certaines activités. Ces changements entraînent un plus large éventail de responsabilités dévolues aux professionnelles et professionnels de la santé et en particulier aux infirmières et infirmiers (D'Amour *et al.* 2009). Par exemple, en introduisant la notion de « plan thérapeutique infirmier » (PTI) et de « directives infirmières », la *Loi modifiant le Code des professions et autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* accentue l'importance du jugement clinique de l'infirmière ou de l'infirmier en matière de soins ainsi que sa responsabilité ou son rôle de coordonnatrice ou coordonnateur d'équipes de soins, et ce, quel que soit le secteur d'activités cliniques.

La responsabilité de concevoir et d'assurer l'application d'un PTI, d'assumer un rôle de coordonnatrice ou coordonnateur d'une équipe de soins ou un rôle central dans les équipes interdisciplinaires sollicite des habiletés de leadership clinique. Mais toutes les infirmières et tous les infirmiers ne manifestent peut-être pas toujours ces habiletés autant qu'il le faudrait. Plusieurs facteurs peuvent fournir des pistes d'explication à cette lacune, par exemple, le manque de préparation des infirmières et infirmiers à l'exercice du leadership clinique, le manque d'uniformité du niveau de formation requis pour l'admission à la pratique ou encore la difficulté des conditions de travail, particulièrement en milieu hospitalier.

De plus, il est important de relever qu'au Québec, les infirmières et infirmiers sont parfois contraintes et contraints par leur employeur à rester au travail pour faire des heures supplémentaires obligatoires. Il nous semble qu'une telle situation communique un message ambigu. D'un côté, les attentes envers les infirmières et infirmiers traduisent la reconnaissance de leur statut professionnel (responsabilité de la conception et de la

réalisation du PTI, coordination d'équipe, rôle dans l'équipe interprofessionnelle) tandis que de l'autre, la gestion du travail traduit l'idée que les infirmières et infirmiers forment une main-d'œuvre dont on peut disposer selon les besoins. Dans le contexte actuel de pratique infirmière au Québec, plusieurs infirmières et infirmiers considèrent le PTI moins comme un outil de reconnaissance professionnelle favorisant l'exercice du leadership que comme une tâche de plus à effectuer dans un horaire déjà surchargé. Cette perception est d'autant plus grande que la responsabilité de concevoir et d'assurer la réalisation du PTI n'a pas donné lieu à la création d'un espace dans la tâche de travail de l'infirmière ou l'infirmier pour le faire. Le leadership clinique infirmier ne bénéficie pas encore d'une définition qui fait consensus. Nous y consacrons une section du chapitre sur la recension des écrits.

Si l'on revient aux défis identifiés par l'OIIQ (2012), au tableau 2, on remarque la place importante du travail en équipe ou en partenariat dans le système de santé. Que ce soit avec les personnes usagères des services de santé ou avec les membres de l'équipe intraprofessionnelle ou interprofessionnelle, le travail en équipe ou en partenariat est incontournable. Selon McNamara, Fealy, Casey, Geraghty, Johnson, Halligan, Treacy et Butler (2011), pour assumer leur rôle correctement dans l'équipe interprofessionnelle, les infirmières et infirmiers doivent non seulement avoir une connaissance claire de la contribution distinctive des soins infirmiers dans l'équipe, mais elles et ils doivent aussi être capables de la communiquer aux partenaires.

L'exercice de la profession infirmière à sa pleine mesure impliquerait dès lors une compréhension de son savoir spécifique, une compréhension de ce qui distingue la discipline infirmière de celle des partenaires. Pour Pepin, Ducharme et Kérouac (2017) « la discipline infirmière s'intéresse au soin, dans ses diverses expressions, auprès des personnes, des familles, des communautés et des populations qui, en interaction continue avec leur environnement, vivent des expériences de santé » (p. 16). La connaissance approfondie de son rôle dans l'équipe interprofessionnelle et dans le système de santé,

ainsi que la connaissance du rôle des partenaires, rendraient plus probable une collaboration productive au profit des personnes, familles, communautés ou populations soignées.

Nous estimons qu'actuellement, le leadership clinique infirmier s'inscrit dans un contexte où, en tant que groupe professionnel, les infirmières et infirmiers essaient d'harmoniser le volet professionnel de leur rôle (conception et application de PTI, coordination d'équipe) avec le volet disciplinaire (compréhension approfondie des expériences de santé des personnes soignées, utilisation de résultats probants) et avec le volet technique (multitudes de tâches à accomplir). À l'intérieur du groupe d'infirmières et d'infirmiers, chaque personne est appelée à se définir comme infirmière ou infirmier en considérant ces trois volets, et ce, dans les divers secteurs de pratique. Dans ce contexte de redéfinition du rôle infirmier, le leadership clinique infirmier est aussi repensé.

L'exercice du leadership clinique par chaque infirmière ou infirmier ne se fait pas facilement. Il n'est pas simple de conjuguer des identités et des comportements de leader et de personne qui suit un leader dans un système de santé dont la culture de leadership est plutôt hiérarchique et où les infirmières et infirmiers sont encore trop souvent considérés comme des subalternes. Cutcliffe et Cleary (2015) vont jusqu'à dire que ce n'est peut-être pas tant de leadership infirmier que les systèmes de santé ont besoin, mais d'une profonde transformation de leur culture de leadership.

Les infirmières et infirmiers qui travaillent dans les différentes organisations du système de santé exercent leur profession dans une culture organisationnelle où les façons de faire sont bien ancrées, reproduites, enseignées aux nouveaux membres et entretenues au quotidien. Parmi ces façons de faire, certaines sont efficaces et doivent être consolidées. Mais d'autres peuvent s'avérer inadéquates ou sous-optimales pour répondre aux attentes et aux besoins de santé de plus en plus complexes des personnes, des communautés ou des populations. Certaines façons de faire imposent des changements et, comme les autres membres de l'équipe interprofessionnelle, les infirmières et

infirmiers sont interpellés. Si l'on suit la pensée de Schein (2016) pour qui la cessation des pratiques inappropriées dans un groupe se produirait par l'entremise de comportements de leadership, c'est l'exercice du leadership dans un groupe qui permettrait les ajustements nécessaires. Pour maximiser la probabilité que des résultats optimaux résultent du travail du groupe, les infirmières et infirmiers sont appelées et appelés à participer au leadership du groupe, à développer leur leadership, c'est-à-dire le leadership clinique infirmier, et à se développer comme leader. C'est ce dont il est question dans la prochaine section.

3. LA DISTINCTION ENTRE LE DÉVELOPPEMENT DU LEADERSHIP ET CELUI DE LA LEADER OU DU LEADER

Une distinction doit être apportée entre le développement du leadership et le développement de la leader ou du leader. Selon Day, Fleenor, Atwater, Sturm et McKee (2014), le développement de la leader ou du leader met l'accent sur les facteurs intrapersonnels de celle-ci ou de celui-ci (« *intrapersonal, focused on individual leaders* » p. 63) tandis que le développement du leadership met l'accent sur les facteurs interpersonnels favorisant l'accroissement de la capacité de leadership (« *interpersonal, focused on enhancing leadership capacity* » p. 63). Pour ces auteurs, dans la dynamique de développement du leadership, des processus opèrent à de multiples niveaux, par exemple au niveau d'une personne, d'une dyade, d'un groupe ou d'une organisation, et ces processus se produisent sur une période de temps donnée : le développement du leadership aurait, comme le leadership, un caractère multi-niveaux et longitudinal. Day *et al.* (2014) ajoutent que les pratiques qui encouragent le développement du leadership contribuent au développement du capital social des organisations puisque les connexions et les interactions entre les personnes y occupent un rôle central. De leur côté, McCauley et Van Velsor (2004) soutiennent que le développement du leadership vise l'accroissement de la capacité d'une organisation de mettre en application les tâches de leadership de base qui sont nécessaires au travail collectif, soit établir des orientations, aligner l'action et maintenir l'engagement, tandis que le développement de la leader ou

du leader vise l'accroissement, chez une personne, de sa capacité à être efficace dans des rôles et dans des processus liés au leadership.

Le développement du leadership retient de plus en plus l'attention des chercheuses et chercheurs, au détriment du développement de la leader ou du leader. Dès 2004, McCauley et Van Velsor reconnaissaient, dans leur ouvrage synthèse sur le développement du leadership et du leader, que le cœur de leurs travaux est passé du développement du leader vers une préoccupation plus grande pour le développement du leadership des organisations. Pour sa part, Ruderman (2012) soutient que le développement du leadership est en train de « passer d'une approche basée sur les compétences à une approche visant à comprendre ce que signifie faire partie du leadership »³ (p. 5).

Dans un système de santé, et peut-être encore plus dans un système de santé en profonde transformation, les infirmières et infirmiers doivent à la fois développer des compétences personnelles permettant l'adoption de comportements de leadership (accent sur le développement de la leader ou du leader) et développer des compétences interpersonnelles permettant de participer aux interactions et aux processus de leadership retrouvés à différents niveaux dans le système de santé, et cela, afin de contribuer à l'accroissement de la capacité de leadership du système (accent sur le développement du leadership). Le développement de ces compétences demande du temps. Dans la marche vers une meilleure compréhension de ce que signifie « faire partie du leadership », les infirmières et les infirmiers ont tout intérêt à mieux comprendre leur leadership, à mieux comprendre comment il se développe et à mieux comprendre comment elles et ils peuvent se développer pour y participer ou participer à son développement.

³ Traduction libre de « *we will be moving away from the competency-based approach to understanding the being part of leadership* » (p. 5).

Se basant sur les recherches des 15 dernières années sur le leadership infirmier, Cutcliffe et Cleary (2015) se demandent si la complexité du leadership infirmier est reconnue à sa juste valeur. Ces auteurs avancent que la complexité du leadership infirmier serait sous-évaluée dans les recherches. Ils recommandent aux chercheuses et chercheurs de se pencher sur des questions telles que : « Qui sont les leaders actuels en sciences infirmières et comment le sont-elles devenues ? » (p. 6), et ce, afin de développer une meilleure compréhension de la complexité du leadership infirmier. Pour leur part, se basant sur des recherches des 25 dernières années sur le développement du leadership et du leader, en général et non en soins infirmiers, Day *et al.* (2014) en arrivent à la conclusion que les efforts de recherche à venir, pour mieux comprendre le développement du leadership comme phénomène et le développement de la leader ou du leader, devraient mettre l'accent moins sur les théories du leadership et davantage sur la « science développementale » qu'ils nomment ailleurs « processus développementaux ». Ils insistent sur l'importance de mettre l'accent sur les processus développementaux, autant pour étudier le développement de la leader ou du leader que le développement du leadership. Ces auteurs recommandent d'étudier autant les processus impliqués dans le développement personnel que les processus impliqués dans le développement de ce phénomène social complexe.

Plusieurs auteurs se sont intéressés au développement personnel, particulièrement des auteurs en psychologie. Pour Papalia, Feldman et Martorell (2014), la psychologie du développement humain est l'étude des processus responsables des changements qui interviennent ou non tout au long de la vie des personnes. Les processus de développement de la personne touchent les domaines physique, cognitif et socio-affectif. Pour ce qui est du développement d'un phénomène social, ce sont des auteurs en sociologie qui aspirent à mieux le comprendre. Cela nous porte à penser qu'une démarche pour mieux comprendre le développement du leadership clinique infirmier et celui de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique, devrait conjuguer des connaissances issues de la sociologie, de la psychologie, des sciences infirmières, sans oublier les sciences de

l'éducation qui fournissent des repères quant aux liens entre l'apprentissage et le développement.

Certains des processus de développement seraient innés, comme les processus de maturation neurologique, tandis que d'autres seraient appris, comme les processus permettant l'acquisition du langage. L'apprentissage et le développement sont deux phénomènes différents, mais ils entretiennent un lien étroit. Plusieurs auteurs ont proposé des théories sur ce lien. Pour Piaget, par exemple, le développement précède l'apprentissage : l'enfant doit avoir atteint un certain niveau de développement pour pouvoir faire des apprentissages relatifs au stade de développement suivant. Vygotski a une position différente sur la question, soutenant que l'apprentissage détermine le développement. Ainsi, pour reprendre les paroles de Yvon et Clot (2004) sur la perspective de Vygotski : « L'apprentissage fait subir une réorganisation aux fonctions psychiques supérieures qui peuvent subir une révolution et se développer dans une autre direction » (2004, p. 11). Pour Vygotski, le développement des fonctions psychiques supérieures de l'enfant résulte d'apprentissages effectués avec au moins une autre personne, habituellement mais pas exclusivement un adulte. Il accorde la primauté du développement de l'enfant au social, c'est-à-dire aux apprentissages faits avec d'autres personnes.

Dans sa théorie de l'apprentissage biographique tout au long de la vie, Alheit (2009) considère que l'apprentissage résulte de l'interaction entre, d'une part, l'individu et sa subjectivité et, d'autre part, le social et sa structure. Pour cet auteur, l'apprentissage permet le développement et se fait en contexte d'interactions avec les autres.

On retrouve souvent un questionnement sur l'inné et l'acquis quand on considère le développement du leadership et celui de la leader ou du leader. Certains avancent que les capacités à exercer un leadership seraient innées et qu'en conséquence une personne ne pourrait apprendre à être un leader à moins d'avoir hérité des capacités nécessaires dès la naissance. D'autres, dont Avolio, Reichard, Hannah, Walumbwa et Chan (2009) ainsi

que Day *et al.* (2014), soutiennent que les capacités à exercer un leadership peuvent être apprises et qu'en conséquence il est possible pour une personne de se développer comme leader. Nous privilégions la deuxième avenue et reconnaissons que ce développement se fait dans le temps. Il pourrait être constitué d'apprentissages effectués tout au long de la vie (*lifelong learning*) et dans tous les aspects de la vie (*lifewide learning*). Quant au développement du leadership, il est acquis, le leadership étant un phénomène social construit.

Pour résumer, nous considérons que le développement du leadership clinique infirmier est un phénomène social complexe impliquant des interactions et des processus à différents niveaux (personne, dyade, groupe, organisation) et entre différents paliers du système de santé. Le leadership clinique infirmier se développerait sur une période de temps. Le développement du leadership met l'accent sur le phénomène social en train de se créer, de se construire alors que le développement de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique met l'accent sur la personne elle-même, c'est-à-dire celle qui se prépare ou qui veut améliorer ses capacités à exercer un leadership clinique infirmier.

Après avoir abordé la question du leadership dans un système de santé, de la place du leadership clinique infirmier dans un système de santé, et après avoir fait une distinction entre le développement du leadership et celui de la leader ou du leader, nous terminons ce chapitre de la problématique en exposant le problème général de recherche.

4. LE PROBLÈME GÉNÉRAL DE RECHERCHE

Pour pouvoir continuer de répondre aux besoins de santé de plus en plus complexes des personnes, des communautés ou des populations, les systèmes de santé doivent apporter des changements à leur manière de concevoir et d'organiser la dispensation des soins et des services (Dillon et Prokesch, 2011). Pour réussir à relever les défis que rencontrent les systèmes de santé, incluant les défis reliés au renforcement des soins de première ligne, ceux-ci devraient faire preuve d'un leadership fort (OMS,

2010). La capacité de leadership d'un système de santé reposerait sur l'exercice du leadership par toutes les intervenantes et tous les intervenants des professions liées à la santé, et ce, quel que soit le titre ou le poste occupé dans le système de santé (Long *et al.*, 2011; CHLNet, 2010).

Le leadership est maintenant considéré comme un phénomène social complexe dans lequel de nombreux processus opèrent, et ce, à différents niveaux d'analyse comme une personne, une dyade, un groupe ou une organisation entière, et ce phénomène se produit sur une période de temps (Day *et al.*, 2014).

Les infirmières et infirmiers constituent un groupe professionnel important dans le système de santé, de par leur nombre et de par leur rôle qui est toutefois repensé et encore à redéfinir. Comme les autres professionnelles et professionnels de la santé, les infirmières et infirmiers sont appelés à assumer un leadership clinique dans leurs activités au quotidien et lorsque leur savoir et leur expertise sont particulièrement sollicités dans une situation clinique donnée. Il semble qu'il ne soit pas toujours facile pour les infirmières et infirmiers d'exercer leur leadership dans le système de santé. Des questions surgissent telles que « en quoi consiste au juste le leadership clinique infirmier? » Il ne semble pas y avoir de réponse qui fasse consensus. Des auteurs avancent que la complexité du leadership clinique infirmier serait insuffisamment comprise par les infirmières et infirmiers (Cutcliffe et Cleary, 2015). D'autres questions se posent quant au leadership clinique infirmier, par exemple, comment il s'exerce et quels processus sont impliqués?

D'autres questions encore se posent quant aux résultats qui accompagnent l'exercice du leadership clinique infirmier. Des auteurs rapportent des relations significatives entre la présence d'un leadership clinique infirmier positif et des résultats favorables pour les personnes soignées et leurs familles, pour les infirmières et infirmiers, pour les partenaires des autres professions de la santé ou encore pour l'organisation de santé. Enfin, d'autres questions d'importance émergent, celles-là à propos du

développement du leadership clinique infirmier, de celui de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique et des meilleures façons d'encourager ce développement. C'est à ces dernières questions que notre recherche vise à répondre.

Car pour que les infirmières et infirmiers assument leur rôle pleinement et pour qu'elles et qu'ils participent à l'accroissement de la capacité de leadership du système de santé, il serait souhaitable de mieux comprendre le leadership clinique infirmier et, surtout, de mieux comprendre comment il se développe et comment se développe l'infirmière ou l'infirmier leader clinique. En ce sens, notre recherche vise à comprendre le leadership clinique infirmier en tant que phénomène social, mais elle vise encore plus à comprendre comment il se développe et comment se développe l'infirmière ou l'infirmier leader clinique dans une perspective tout au long de la vie. Une recension des écrits s'impose pour faire le point sur les connaissances disponibles sur le leadership clinique infirmier, sur son développement et sur celui de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique. C'est ce dont il est question dans le prochain chapitre.

DEUXIÈME CHAPITRE

LA RECENSION DES ÉCRITS

Notre étude porte sur le leadership clinique infirmier, et plus particulièrement sur son développement et sur celui de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique tout au long de la vie. Dans le présent chapitre, nous exposons les écrits retenus pour faire état des principales connaissances en lien avec notre propos. Ainsi, la recension des écrits est divisée en deux sections. La première section est consacrée au développement du leadership et de la leader ou du leader, en tant que phénomène d'intérêt dans notre recherche. Il est important de souligner que, puisque notre recherche est en éducation, nous avons choisi de ne pas approfondir le leadership sous l'angle des très nombreux écrits provenant de la science de la gestion, mais de plutôt présenter les connaissances générales actuelles sur le développement du leadership et celui de la leader ou du leader dans des domaines autres que les sciences infirmières. Et c'est dans la deuxième section que nous traitons des écrits portant spécifiquement sur notre objet d'étude, soit le leadership clinique infirmier, et plus particulièrement son développement et celui de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique.

1. LE DÉVELOPPEMENT DU LEADERSHIP ET CELUI DE LA LEADER OU DU LEADER

Cette section comprend trois sous-sections. Dans une première sous-section nous présentons des connaissances générales actuelles sur le développement du leadership et celui de la leader ou du leader. La deuxième sous-section porte sur les approches avec interventions ou programmes à durée limitée pour le développement du leadership et du leader et la troisième sous-section concerne l'utilisation d'approches biographiques pour mieux comprendre le développement du leadership et celui de la leader ou du leader.

1.1 Les connaissances générales

Selon Day *et al.* (2014), alors que la recherche sur le leadership a une histoire de plus de 100 ans, celle sur le développement du leadership et de la leader ou du leader est beaucoup plus récente, avec une résurgence au cours des 10 à 15 dernières années. Dans le but de rendre compte des avancées scientifiques en matière de développement du leadership et du leader au cours des 25 dernières années, ces auteurs ont effectué une revue d'écrits théoriques et empiriques publiés dans le périodique *The Leadership Quarterly*⁴. Ils ont retenu 76 articles pour leur étude mais ne précisent pas les critères de sélection qu'ils ont utilisés. Nous allons faire état de leurs principales conclusions.

Une des principales conclusions qui émergent de l'étude de Day *et al.* (2014) est que le développement du leadership se fait à de multiples niveaux (*multi-level*), c'est-à-dire au niveau d'une personne (développement de la leader ou du leader), d'une dyade, d'un groupe ou d'une organisation, et ce, sur une période de temps donnée (*longitudinal*). Le développement du leadership inclut le développement de la leader ou du leader, mais ne le remplace pas. Les auteurs soutiennent que si un entraînement à exercer un leadership peut donner de bons résultats à court terme, il faut davantage considérer le développement du leader et du leadership comme quelque chose qui prend du temps et qui suit les processus de développement des personnes ou des organisations. Toujours selon Day *et al.* (2014), l'étude du développement du leadership implique la compréhension des changements de *patterns*, autant ceux d'une personne que ceux entre les personnes, ceux au sein d'un groupe ou encore ceux d'une collectivité, et ce, sur une période de temps donnée. Ces auteurs estiment que pour qu'une recherche contribue à une meilleure compréhension des processus de développement du leadership et du leader, on devrait y retrouver le caractère multi-niveaux et longitudinal du développement du leadership. Toujours selon Day *et al.* (2014), cet accent sur le caractère multi-niveaux et longitudinal

⁴ Le facteur d'impact de ce périodique est 3.094.

du développement du leadership et de la leader ou du leader signifie que les processus de développement des dimensions interpersonnelle et intrapersonnelle occupent une place centrale et se produisent avec le temps.

Pour approfondir notre compréhension du développement du leader et du leadership, il serait souhaitable, selon Day *et al.* (2014), d'adopter une perspective développementale longitudinale et, ce faisant, de se fier moins aux théories du leadership et davantage aux théories du développement. Pour ces auteurs, la meilleure compréhension du développement du leadership et du leader passe par l'obtention de données à propos des activités de leadership effectuées au jour le jour par les personnes qui exercent un leadership, par ces personnes qui apprennent au quotidien à devenir de meilleurs leaders.

De leur côté, les intervenants du *Center for Creative Leadership*⁵ se consacrent à la formation et à la recherche sur le développement du leadership et du leader depuis près de 50 ans. Dès 2004, deux chercheuses associées à cet organisme, soit McCauley et Van Velsor, distinguent dans un ouvrage synthèse, le leader du leadership, comme elles distinguent le développement du leader, du développement du leadership. Pour ces auteures, le développement de la leader ou du leader vise l'accroissement, chez une personne, de sa capacité à être efficace dans des rôles et dans des processus liés au leadership. Ces rôles et ces processus sont ceux qui facilitent l'accomplissement de ce qu'elles appellent les tâches de leadership de base nécessaires au travail collectif, à savoir : 1) établir des orientations, 2) aligner l'action et 3) maintenir l'engagement. Pour ces auteures, le développement de la leader ou du leader est possible et il passe par le développement de ses capacités à s'autogérer, à entretenir des relations et à faciliter le travail. Selon McCauley et Van Velsor (2004), il est possible de renforcer le

⁵ Cet organisme est établi aux États-Unis depuis 1970 et son action s'étend partout dans le monde.

développement de ces capacités par des interventions visant l'apprentissage, la croissance et les processus de changement que vivent les individus.

Quant au développement du leadership, McCauley et Van Velsor (2004) le définissent comme l'accroissement de la capacité d'une organisation de mettre en application les tâches de leadership de base qui sont nécessaires au travail collectif. Selon ces auteures, pour relever avec succès les défis complexes que rencontrent les organisations, celles-ci doivent créer, au beau milieu de ce qui semble être du chaos et de l'incertitude, une compréhension commune : les individus, les groupes et les organisations doivent travailler en collaboration, explorer puis établir des orientations, puis ré-établir ces orientations, aligner leurs actions et maintenir l'engagement. McCauley et Van Velsor (2004) reconnaissent que le cœur de leurs travaux est passé du développement du leader vers une préoccupation plus grande pour le développement du leadership dans les organisations. Ruderman (2012, dans le Rapport annuel 2011-2012 du *Center for Creative Leadership*) soutient que le développement du leadership est en train de « passer d'une approche basée sur les compétences à une approche visant à comprendre ce que signifie faire partie du leadership »⁶ (p. 5).

Différentes approches sont proposées pour soutenir le développement du leadership et celui de la leader ou du leader, soit les approches avec des interventions ou des programmes à durée déterminée et les approches biographiques.

1.2 Les approches avec interventions ou programmes à durée déterminée

Certains auteurs soutiennent que des interventions ou des programmes effectués dans un but de développement du leadership ou du leader, même de courte durée, peuvent produire des résultats positifs. La méta-analyse d'Avolio *et al.* (2009) fournit des données

⁶ Traduction libre de « *we will be moving away from the competency-based approach to understanding the being part of leadership* » (p. 5).

intéressantes, particulièrement à propos des interventions de courte durée, pour développer le leadership ou le leader. Mais avant de présenter les résultats qu'ils obtiennent à ce sujet, nous allons d'abord présenter leur étude.

Désirant examiner l'impact d'interventions de leadership (*leadership interventions*) sur différents indicateurs tels que la motivation des personnes qui suivent le leader (les *followers*), leur comportement ou encore leur performance, Avolio *et al.* (2009) ont effectué une ambitieuse méta-analyse. Sur les 500 études d'abord considérées pour leur méta-analyse, les auteurs en ont retenu 200. Les études s'échelonnaient de la fin de la Première guerre mondiale jusqu'à 2009. Les auteurs ne voulaient considérer dans leur méta-analyse que les études dans lesquelles les interventions de leadership constituaient une variable indépendante. Les devis des études retenues sont alors de type expérimental ou quasi-expérimental. Les auteurs réfèrent aux études avec des interventions de leadership comme à « ces études dans lesquelles le chercheur manipule ouvertement le leadership et lui confère le statut de variable indépendante »⁷ (p. 764).

À partir des 200 études analysées, Avolio *et al.* (2009) ont créé deux catégories mutuellement exclusives d'interventions de leadership : les interventions développementales, c'est-à-dire celles impliquant le développement du leader ou du leadership, et les interventions non-développementales, c'est-à-dire celles qui n'impliquent pas un tel développement. Les interventions développementales visent à « augmenter la connaissance, les habiletés, les aptitudes d'un individu, sa motivation et sa perception du concept de soi dans le but d'améliorer sa capacité à exercer une influence positive dans le domaine du leadership »⁸ (p. 769). Les auteurs regroupent 62 études dans cette catégorie et la durée des interventions varie d'un à sept jours. Les interventions non-développementales visent à modifier le comportement de la leader ou du leader, mais ne

⁷ Traduction libre de « *we define leadership interventions as those studies where the researcher overtly manipulated leadership as the independant variable [...]* » (p. 764).

⁸ Traduction libre de « *to enhance an individual's knowledge, skills, ability, motivation, and/or perceived self-concept to enable them to exercise positive influence in the domain of leadership* » (p.769).

visent pas son développement. Comme exemple d'intervention de leadership non-développementale, mentionnons celle qui consiste à recourir à un acteur pour lui faire jouer un rôle de leader ayant un style de leadership donné; on regardera ensuite l'impact de ce style de leadership sur différentes variables dépendantes.

Les variables dépendantes considérées dans la méta-analyse sont de quatre ordres : 1) affectif, par exemple le plaisir et la satisfaction des personnes qui suivent le leader, 2) comportemental, par exemple la participation de celles-ci, 3) cognitif, par exemple la génération d'idées et la confiance, et 4) la performance de l'organisation, par exemple le profit ou l'augmentation de la productivité.

Les résultats obtenus dans cette méta-analyse d'Avolio *et al.* (2009) indiquent que l'effet des interventions de leadership non-développementales sur les variables dépendantes considérées est légèrement plus fort comparativement à l'effet des interventions développementales. Les auteurs avancent comme explication que les interventions développementales demandent des changements personnels plus en profondeur et que ces changements peuvent prendre du temps. En contrepartie, les interventions non-développementales sont plutôt de l'ordre des réactions affectives ou des adaptations comportementales ponctuelles et peuvent prendre moins de temps à se manifester. Les auteurs ajoutent que les interventions développementales dans les études considérées affichaient une tendance à vouloir produire des changements non seulement chez les leaders et les personnes qui les suivent, mais aussi des changements dans les organisations. Ils déplorent toutefois le manque d'indicateurs ou de variables dépendantes reliés aux organisations dans les études examinées. Les auteurs ajoutent que l'effet légèrement plus faible des interventions développementales pourrait être dû à ce qu'ils appellent des « forces alternatives » au sein des organisations, lesquelles pourraient exercer un frein aux changements requis chez les leaders ou chez les personnes qui les suivent. Avolio *et al.* (2009) concluent que les interventions de leadership, incluant les

interventions de courte durée visant le développement du leader ou du leadership, ont un impact positif sur une variété d'indicateurs.

Cette méta-analyse d'Avolio *et al.* (2009) soulève la question du développement des personnes ou des organisations, lequel prend du temps, dans le développement des leaders ou du leadership. Leurs conclusions rejoignent celles de Day *et al.* (2014) qui recommandent de tenir compte des processus de développement des personnes et des organisations pour mieux comprendre et encourager le développement des leaders ou du leadership. Dans la prochaine division de la recension des écrits, nous présentons les écrits retenus en lien avec le recours aux approches biographiques pour étudier ou encourager le développement du leadership ou celui de la leader ou du leader.

1.3 Les approches biographiques

Dans une synthèse de la réflexion qu'il fait sur les 30 années qu'il a consacrées à la recherche portant sur le développement du leadership et du leader, McCall (2010) conclut que c'est principalement grâce à l'expérience que le leadership s'apprend et se développe :

C'est l'expérience, et non la génétique, les programmes d'entraînement ou encore les écoles de *management*, qui constitue la principale source d'apprentissage du leadership, et même si notre compréhension de l'expérience en question est loin d'être complète, c'est absolument là qu'il faut commencer⁹ (p. 3).

Il n'est alors pas surprenant de constater que des chercheurs se soient intéressés aux approches biographiques pour étudier le développement de la leader ou du leader et celui du leadership (Gronn, 2005; Kempster, 2009; Shamir, Dayan-Horesh et Adler, 2005;

⁹ Traduction libre de « *Experience – not genetics, not training programs, not business – is the primary source of learning to lead, and although our understanding of this kind of experience is far from complete, it is absolutely the place to start* » (p. 3)

Turner et Mavin, 2008). Dans les paragraphes qui suivent, nous présentons ces recherches. Il est à noter que les travaux de ces chercheuses et chercheurs portent sur les approches biographiques pour étudier le développement du leadership ou celui du leader, dans des domaines autres que les organisations de soins de santé ou les soins infirmiers.

Dans le but de ressortir les principaux thèmes reliés au développement du leadership, Shamir, Dayan-Horesh et Adler, du Département de sociologie et d'anthropologie sociale de l'Université de Jérusalem, ont adopté une approche alliant la biographie et l'autobiographie. Ces auteurs ont procédé à des entretiens avec 16 gestionnaires d'entreprises de haute-technologie, tous des hommes dans la trentaine, reconnus dans leurs organisations comme étant des personnes très performantes (*high achievers*) et ayant démontré des qualités reliées au leadership. Dans la même recherche, Shamir *et al.* (2005) ont aussi examiné les autobiographies publiées par dix leaders reconnus dans leur domaine spécifique, soit le domaine des affaires et les domaines politique et militaire (par exemple, les autobiographies de Benazir Bhutto, David Ben-Gurion, Mahatma Gandhi et Nelson Mandela). Dans leur étude, Shamir *et al.* (2005) ne définissent ni le leadership ni le leader. Il nous semble que l'étude de ces auteurs porte davantage sur le développement de la leader ou du leader que sur le développement du leadership. Quoiqu'il en soit, les auteurs en arrivent à la conclusion qu'il y a quatre prototypes d'histoire de développement du leadership : un processus naturel (*a natural process*), le résultat d'une lutte pour surmonter des difficultés (*a story of coping with difficulties*), un processus d'apprentissage (*a learning process*) et finalement, pour les leaders politiques seulement, la découverte d'une cause (*finding a cause*).

Gronn (2005), alors professeur à la Faculté d'Éducation de l'Université Monash en Australie et fort intéressé par l'approche biographique et le leadership distribué dans le domaine de l'éducation, pose un regard très critique à l'endroit de l'étude de Shamir *et al.* (2005). Il remet en question la pertinence d'utiliser des autobiographies dans l'étude du développement des leaders ou du leadership. Il associe le recours à l'étude des

autobiographies écrites à du « textualisme » et soutient que ces autobiographies pourraient avoir été écrites davantage à des fins de propagande qu'à des fins de compréhension rigoureuse d'un phénomène. De plus, Gronn (2005) déplore l'absence de définition des termes leader et leadership dans l'étude de Shamir *et al.* (2005) ainsi que la vision du leadership des auteurs, beaucoup trop centrée sur la personne du leader.

Kempster (2009), directeur de la *Business School* de l'Université de Cumbria au Royaume-Uni et professeur de leadership, a quant à lui, effectué une étude auprès de 40 gestionnaires, hommes et femmes, en adoptant une perspective biographique. Cette étude visait à élucider comment des gestionnaires ont développé, tout au long de la vie, leur capacité à exercer le leadership. Dans cette étude, Kempster (2009) conçoit le leadership selon trois axes : un axe centré sur le leader, un autre considérant la personne qui suit le leader (*follower*) et un troisième, constituée par la situation dans laquelle le leadership est exercé. Pour cet auteur, le leadership est socialement construit. Dans la théorie qu'il propose quant au développement du leadership dans une perspective biographique, Kempster (2009) soutient que deux influences majeures sont impliquées : des facteurs intrapersonnels et des facteurs interpersonnels. Les facteurs intrapersonnels réfèrent à la construction d'une identité de leader, au sentiment d'efficacité personnelle et au fait d'être en mesure de porter attention ou de saisir ce qui est important pour l'exercice du leadership (*salience*). Quant aux facteurs interpersonnels, ils réfèrent à l'observation de personnes qui exercent un leadership et à la mise en action de son propre exercice du leadership (*enacting*), et ce, dans un contexte donné.

Pour continuer sur le sujet de l'utilisation de l'approche biographique dans l'étude du développement des leaders ou du leadership, mentionnons l'étude de Turner et Mavin (2008). Ces deux auteures, associées à la *Newcastle Business School* de l'Université de Northumbria au Royaume-Uni, ont effectué des entretiens avec 22 leaders chevronnés (*senior leaders*). Particulièrement intéressées par le leadership authentique, ces auteures voulaient explorer les histoires de vie des leaders, à la lumière du leadership authentique.

En cette matière, les auteures réfèrent au modèle de Gardner, Avolio, Luthans, May et Walumbwa (2005, dans Turner et Mavin, 2008). Ce modèle porte sur le développement du leader authentique et de la personne qui le suit (*the conceptual framework for authentic leader and follower development*). Il décrit comment le leadership authentique et le *followership* authentique se développent pour mener à la confiance, à l'engagement, à des environnements de travail sains et à une performance durable. En recueillant les récits de vie des 22 leaders chevronnés, Turner et Mavin (2008) voulaient mieux comprendre comment les leaders authentiques, c'est-à-dire les leaders qui tiennent compte de leurs valeurs, de leurs émotions et qui agissent selon leurs convictions, établissent et maintiennent leur leadership. Les résultats obtenus montrent une grande préoccupation des leaders participant à l'étude pour des valeurs telles que l'honnêteté et l'intégrité, de même que l'importance qu'ils accordent aux événements à connotation négative (*negative trigger events*) dans leur développement comme leaders. Ces événements constituent des occasions de s'améliorer.

Dans la présente section de la recension des écrits qui porte sur le développement du leadership et celui de la leader ou du leader, nous avons d'abord traité de la méta-analyse d'Avolio *et al.* (2009) dans laquelle des « interventions de leadership » de courte durée sont utilisées comme variable indépendante afin d'étudier l'impact du leadership sur différentes variables dépendantes d'ordre affectif, comportemental, cognitif et de l'ordre de la performance de l'organisation. Puis, nous avons présenté des travaux de recherche ayant adopté une approche biographique pour étudier le développement du leadership ou celui de la leader ou du leader. Jusqu'ici, tous les travaux de recherche présentés portaient sur le développement du leadership ou du leader dans des écrits provenant de disciplines autres que les soins de santé. Dans la prochaine section, nous présentons les écrits retenus en lien avec le leadership clinique infirmier, et plus particulièrement avec le développement de ce leadership et celui de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique.

2. LE DÉVELOPPEMENT DU LEADERSHIP CLINIQUE INFIRMIER ET CELUI DE L'INFIRMIÈRE OU DE L'INFIRMIER LEADER CLINIQUE

En effectuant notre recension des écrits, nous avons remarqué qu'il existe une certaine confusion entre les termes « leader » et « leadership », ces termes étant utilisés de manière interchangeable, la plupart du temps sans explications quant à la nuance à faire entre les deux. Cette situation n'est pas spécifique aux soins infirmiers. Par exemple, dans un rapport abordant le soutien au développement de l'identité et de la capacité de leader dans la formation universitaire, l'*Association for the Study of Higher Education* (ASHE, 2013) déplore que les mots leader et leadership soient très souvent utilisés de manière interchangeable dans les écrits. Cet organisme affirme que le leadership, qu'il associe aux comportements d'un groupe, est alors confondu avec le leader, c'est-à-dire un individu. Pour l'ASHE (2013), ce manque de clarté dans le langage utilisé pour parler de leader et de leadership pourrait faire en sorte que les étudiantes et étudiants en formation universitaire, ne se reconnaissant pas dans le profil d'une leader ou d'un leader qui porte le leadership à elle seule ou à lui seul, ne s'impliquent pas dans le leadership ou du moins ou pas autant qu'ils le pourraient, ce qui devrait pourtant être un objectif commun à cette clientèle.

Cela étant dit, la présente section de notre recension des écrits comprend deux sous-sections. Dans la première, nous présentons le leadership clinique infirmier. La deuxième sous-section porte sur le développement du leadership clinique infirmier ainsi que sur celui de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique.

2.1 Le leadership clinique infirmier

Cette sous-section comprend trois divisions. Dans la première division, nous traitons du leadership clinique infirmier comme concept, et du concept d'infirmière ou d'infirmier leader clinique. Dans la deuxième division, il est question des principales caractéristiques du leadership clinique infirmier. Quant à la troisième division, elle est

consacrée aux styles de leadership ainsi qu'aux résultats qui peuvent leur être liés en soins infirmiers. Précisons que nous présentons les écrits obtenus en réponse à l'interrogation des banques de données *Academic Source Complete*, *Business Source Complete*, *CINAHL*, *Education Source*, *ERIC*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, *PsycINFO* et *SocINDEX with full text*, avec les mots clé *nursing clinical leader*, *nursing clinical leadership*, *staff nurse clinical leader*, *staff nurse clinical leadership*, « *characteristics* », « *attributes* » et « *leadership styles* ».

2.1.1 Le concept de leadership clinique infirmier

Stanley et Stanley (2017) ont effectué une exploration en profondeur du concept de leadership clinique en soins infirmiers. Ils ont effectué une recension des écrits intégrative (*integrative review*) en utilisant le cadre de Whitemore et Knafl (2005) pour soutenir leur démarche. Les auteurs visaient à recueillir des écrits provenant de recherches empiriques, à propos du leadership clinique, quel que soit le devis, et ce, pour la période entre 1974 et 2016. Les mots clés utilisés étaient « *clinical leadership* » et « *clinical leadership in nursing* ». Après avoir initialement obtenu 3259 documents, ils ont restreint leur recherche documentaire en ne considérant que les documents de type recherche dont le titre laisse entendre qu'ils portent spécifiquement sur le leadership clinique. Le nombre de documents retenus est 27 : 17 études qualitatives, une quantitative, une à devis mixte, une de type Delphi, deux études comparant d'autres recherches et, finalement, cinq études de type recension des écrits (*literature reviews*). Des 27 études retenues, dix provenaient du Royaume-Uni, neuf d'Australie, trois d'Irlande, deux du Canada, les autres provenant des États-Unis, de la Thaïlande et de l'Inde.

L'étude de Stanley et Stanley (2017) a mis en lumière cinq catégories à propos du leadership clinique en soins infirmiers : les définitions du leadership clinique, les caractéristiques les plus souvent et les moins souvent associées au leadership clinique, les modèles de leadership clinique et les limites au développement de ce leadership.

Commençons par la conclusion à laquelle arrivent Stanley et Stanley (2017) quant à la définition du leadership clinique infirmier : malgré un nombre grandissant de travaux de recherche à ce propos, une définition claire demeure insaisissable. En faisant notre recension des écrits, nous arrivons à la même conclusion, à savoir que différentes conceptions du leadership clinique infirmier cohabitent.

Dans le présent paragraphe, nous identifions des auteurs associés à différentes conceptions du leadership et reviendrons sur leurs travaux un peu plus loin dans le texte. Ainsi, la perspective selon laquelle le leadership clinique infirmier est centré sur l'infirmière ou l'infirmier leader clinique, par exemple sur ses caractéristiques ou attributs, est courante dans les écrits en soins infirmiers (mentionnons Anonson, Walker, Arries, Maposa, Telford et Berry, 2014 et Patrick, Laschinger, Wong et Finegan, 2011). Certains auteurs précisent que le leadership clinique infirmier est une compétence professionnelle de l'infirmière ou de l'infirmier (mentionnons Pepin, Dubois, Girard, Tardif et Ha, 2011). D'autres auteurs conçoivent ce leadership comme étant centré sur le leader mais ils approfondissent aussi les interactions entre les personnes, par exemple le lien *leader/followers* (Mannix, Wilkes et Daly, 2013). D'autres auteurs encore soutiennent qu'il s'agit d'un phénomène organisationnel complexe (Hyrkäs et Dende, 2008). Enfin, certains auteurs font explicitement référence aux dimensions intrapersonnelle et interpersonnelle dans leur définition du leadership clinique (Fealy, McNamara, Casey, Geraghty, Butler, Halligan, Treacy et Johnson, 2011). Nous soulevons ici de l'absence de consensus à propos du leadership clinique infirmier, mais la situation est semblable en ce qui concerne le leadership infirmier puisqu'en 2015, Cutcliffe et Cleary relevaient le manque de convergence dans les écrits de même que dans les organisations de santé pour ce qui est du leadership infirmier. Ces auteurs vont jusqu'à se demander si les infirmières elles-mêmes et les infirmiers eux-mêmes comprennent bien toute la complexité du leadership infirmier.

Parmi les nombreuses définitions du leadership clinique infirmier que les auteurs proposent, nous en retenons quatre qui illustrent des façons différentes de concevoir ce leadership. Ainsi, selon Patrick *et al.* (2011), le leadership clinique en soins infirmiers infirmier est : « Un processus de leadership retrouvé dans les comportements professionnels des infirmières [...] Il s'agit des comportements que les infirmières manifestent et qui fournissent une orientation et un soutien autant aux clients qu'à l'équipe de santé qui dispense les soins aux patients »¹⁰. Lorsqu'ils parlent des comportements professionnels des infirmières, Patrick *et al.* (2011) font référence aux cinq pratiques de leadership exemplaire que Kouzes et Posner (1995) ont identifiées, à la suite de leur analyse de milliers d'études de cas de personnes rapportant leurs meilleures expériences liées au leadership (Posner, 2016). Ce sont : a) remettre en question les façons de faire, b) inspirer une vision commune, c) agir comme modèle de rôle, d) permettre aux autres d'agir et e) manifester de l'humanisme, dans le sens d'entretenir le moral des membres de l'équipe. Les pratiques de leadership exemplaire de Kouzes et Posner (1995) sont souvent utilisées dans des travaux de recherche sur le développement du leadership clinique infirmier et sur celui de la leader ou du leader clinique.

Pour Pepin *et al.* (2011), le leadership clinique infirmier est « une compétence professionnelle démontrée en contexte clinique qui permet à l'infirmière d'influencer les autres pour qu'ils améliorent constamment les soins qu'ils prodiguent »¹¹ (p. 269). Quant à Hyrkäs et Dende (2008), elles considèrent qu'une infirmière leader clinique est une infirmière impliquée dans la pratique clinique des soins infirmiers, qui a des connaissances, de l'expérience et qui comprend comment dispenser des soins infirmiers. À propos du leadership clinique infirmier, elles considèrent que :

¹⁰ Traduction libre de « *clinical leadership is a process of leadership embedded in the professional practice behaviours of staff nurses [...] staff nurses behaviours that provide direction and support to clients and the health care team in the delivery of patient care* » (p. 450).

¹¹ Traduction libre de « *A professional competency demonstrated in clinical care that galvanizes the nurse to influence others to continuously improve the care they provide* » (p. 269).

Le leadership implique la notion d'autorité, au sens le plus large, il est non-hiérarchique et non confiné à un ensemble spécifique d'habiletés, d'attributs ou de traits. On peut déduire que le leadership clinique infirmier reflète toute la complexité de la culture, de l'organisation, de l'environnement de pratique et des variables situationnelles que rencontre chaque infirmière ou infirmier¹² (p. 495).

La définition de Fealy *et al.* (2011) comprend l'idée des dimensions intrapersonnelle et interpersonnelle et tient compte du contexte :

Le leadership clinique dépend de l'habileté du leader clinique à conjuguer des capacités intrapersonnelles et interpersonnelles, afin d'assurer que les soins soient dispensés efficacement, même en présence de défis contextuels importants, tels que des systèmes de santé complexes et la pénurie de personnel¹³ (p. 2030).

Pour obtenir une compréhension la plus complète possible du leadership, nous estimons, comme Day *et al.* (2014), que l'étude du leadership devrait comprendre l'étude des dimensions intrapersonnelle (leader) et interpersonnelle (leadership). La dimension intrapersonnelle, par exemple les caractéristiques ou attributs de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique, ont fait l'objet de nombreuses études. En faisant notre recension des écrits, nous avons remarqué que les résultats de ces études sont souvent rapportés dans des articles dont le titre annonce les caractéristiques du leadership clinique. Cela est compréhensible puisque dans ces études, c'est la dimension intrapersonnelle du leadership qui est considérée : il est sous-entendu qu'en connaissant mieux les

¹² Traduction libre de « *Leadership implies authority in the broadest sense of the word, is nonhierarchical and not confined to a specific set of skills, attributes or traits. One can deduce, then, that clinical nursing leadership reflects all of the complexity of the culture, the organization, the practice setting and situational variables of each clinical nurse leader. To date, we have not found a body of work that has captured the essence of the clinical nurse leader, the environment in which they operate or how and where the impact is felt* » (p. 495).

¹³ Traduction libre de « *Clinical leadership is a function of the clinical leader's ability to marshal the intrapersonal and the interpersonal capabilities and to ensure that clinical care is effectively provided, even in the face of contextual challenges, such as complex health systems and local workforce shortages* » (p. 2030).

caractéristiques ou attributs de l’infirmière ou de l’infirmier leader clinique, nous comprenons mieux le leadership clinique infirmier. Cela rejoint en partie Day *et al.* (2014) selon lesquels le développement du leadership inclut le développement de la leader ou du leader. Toutefois, il nous semble que dans l’approche centrée sur le leader, c’est-à-dire dans cette approche centrée sur la dimension intrapersonnelle du leadership, l’importance des interactions entre les personnes ou l’importance des facteurs organisationnels qui facilitent ou nuisent au leadership clinique infirmier, ne sont pas reconnues à leur juste valeur. Parmi les obstacles au développement du leadership clinique infirmier que Stanley et Stanley (2017) rapportent dans leur recension des écrits intégrative, ils identifient explicitement la confusion qui règne autour de la définition du leadership clinique en soins infirmiers.

Quoiqu’il en soit, il reste que la connaissance des caractéristiques ou attributs de l’infirmière ou de l’infirmier leader clinique demeure indispensable pour mieux comprendre le leadership clinique infirmier puisque celui-ci inclut la leader ou le leader. Dans la prochaine division, nous présentons ces caractéristiques.

2.1.2 Les caractéristiques du leadership clinique infirmier

Stanley et Stanley (2017) ont identifié, à partir des 27 travaux de recherche qu’ils ont considérés, les caractéristiques ou attributs les plus souvent associés aux leaders cliniques et ceux qui le sont le moins souvent. Ainsi, les quinze caractéristiques ou attributs les plus souvent associés aux leaders cliniques sont, dans un ordre décroissant : avoir une compétence clinique, être une bonne communicatrice, procurer du soutien, avoir une orientation basée sur des valeurs ou des croyances, viser l’excellence dans la qualité des soins, être un modèle de rôle, une personne qui motive les autres, un mentor, une personne capable de prendre des décisions, qui est visible, centrée sur l’équipe, facile d’approche, une personne qui a des connaissances cliniques, qui est habilitée (« *empowered* ») et qui participe à la formation continue et au développement professionnel du personnel.

Quant aux caractéristiques ou attributs les moins souvent associés aux leaders cliniques, Stanley et Stanley (2017) rapportent que ceux liés au domaine de la gestion comme être une bonne administratrice ou bien gérer les finances, sont les moins souvent associées aux leaders cliniques, tout comme les caractéristiques être en position de contrôle, avoir une vision et être une personne créative.

Toujours à propos des caractéristiques de l'infirmière leader clinique, Anonson *et al.* (2014) ont effectué une étude qualitative auprès de six infirmières sur le terrain. L'étude visait à explorer la perception de ces infirmières quant aux qualités que présentent des infirmières leaders cliniques qui leur semblent exemplaires. Les résultats de l'analyse des entretiens montrent que selon ces infirmières, les caractéristiques des infirmières leaders exemplaires sont les suivantes : une passion pour les soins infirmiers, l'optimisme, la capacité à développer des connexions personnelles avec les membres du personnel, la capacité à être des modèles de rôle et des mentors et, enfin, la capacité à gérer des crises en s'appuyant sur un ensemble de principes moraux.

Quelques années avant la parution de l'étude de Stanley et Stanley (2017), Mannix, Wilkes et Daly (2013) avaient fait une recension des écrits intégrative (*integrative review*), pour la période 2002-2011, sur les attributs du leadership clinique dans les soins infirmiers contemporains. En utilisant un processus rigoureux de sélection des articles, des 688 articles identifiés au départ, ils en ont retenu dix, parmi lesquels six études qualitatives. Les résultats présentent les attributs du leadership clinique sous trois aspects : l'aspect clinique, l'aspect des relations « *follower/leader* » et l'aspect des qualités personnelles du leader. Comparativement à Stanley et Stanley (2017) qui associent davantage le leadership clinique aux caractéristiques du leader, Mannix *et al.* (2013) considèrent le leadership clinique aussi comme un phénomène impliquant des interactions entre les personnes. Ils relient les nombreuses caractéristiques des leaders retrouvées dans leur recension des écrits intégrative à chacun des aspects du leadership clinique. Ainsi, ils associent des caractéristiques des infirmières leaders à l'aspect clinique

du leadership (par exemple, la compétence clinique ou la capacité d'anticiper les problèmes et de les prévenir); des caractéristiques à l'aspect relations « *follower/leader* » (par exemple, l'utilisation d'habiletés de communication ou permettre l'accroissement de l'*empowerment* ou la motivation chez les *followers*); et des caractéristiques à l'aspect des qualités personnelles (par exemple, être flexible, intègre et ne pas juger les autres).

Dans l'étude de Stanley et Stanley (2017), la caractéristique « être habilitée » (« *empowered* ») est associée aux leaders cliniques dans cinq des 27 études qu'ils ont analysées. Adoptant une conception du leadership centrée sur le leader, Stanley et Stanley (2017) n'ont pas ressorti, par exemple, l'association entre le leadership clinique infirmier et l'*empowerment* des infirmières et infirmiers sur le terrain, un élément qui se dégage pourtant chez de plus en plus d'auteurs, dont Carney (2009). Cette auteure, dont l'étude fait partie de la recension des écrits intégrative de Stanley et Stanley (2017), a examiné les récits de 20 infirmières en santé publique : bien entendu nous ne pouvons pas généraliser ses résultats, mais il est quand même intéressant de constater que dans le contexte de l'étude, l'*empowerment* d'équipe ressort comme une caractéristique liée au leadership clinique infirmier. D'autres auteurs rapportent un lien entre le leadership clinique, un environnement qui soutient l'*empowerment* et l'accroissement de l'*empowerment* des infirmières sur le terrain (Chavez et Yoder, 2015; Won, 2015).

De plus, dans une étude pancanadienne effectuée auprès d'infirmières et d'infirmières auxiliaires en santé communautaire, de décideurs et de gestionnaires de ce secteur d'activité, Ganann, Underwood, Matthews, Goodyear, Stamler, Meagher-Stewart et Munroe (2010) ont utilisé un devis mixte pour étudier les facteurs facilitant ou freinant la pratique en soins infirmiers communautaires. Ces auteures voulaient examiner les facteurs organisationnels apparaissant comme les meilleurs pour soutenir un exercice infirmier optimal dans ce secteur d'activité clinique. Les chercheuses ont eu recours à un questionnaire, le *Nursing Health Services Research Unit Community Health Nurses Questionnaire*. Celui-ci comprend 69 items et les variables considérées sont, par exemple,

la confiance professionnelle, les relations d'équipe, l'environnement de travail et le contexte communautaire. Les participantes et participants devaient indiquer leur choix sur une échelle de type Likert allant de 1 à 5.

Des quelques 13, 772 questionnaires envoyés, les chercheuses ont analysé les 6,667 questionnaires reçus et utilisables et ont procédé à 23 focus groupes impliquant un total de 156 personnes participantes dans six régions du Canada. Douze des focus groupes étaient composés d'infirmières soignantes en santé communautaire et les onze autres groupes étaient composés de décideurs et de gestionnaires. Les résultats que Ganann *et al.* (2010) ont obtenus montrent que le leadership influence la perception que les infirmières et les infirmiers entretiennent non seulement à l'égard de leur organisation de soins de santé, mais aussi à l'égard de leur habileté à travailler à la pleine mesure de leur compétence. Les auteures ajoutent que les infirmières leaders cliniques qui ont du succès contribuent à la création d'un environnement de travail qui permet l'*empowerment*, un tel climat favorisant une pratique infirmière autonome et professionnelle et augmentant la satisfaction au travail chez les infirmières et les infirmiers. Rappelons qu'en 2011, l'étude de Patrick *et al.*, effectuée en Ontario auprès de 480 infirmières et infirmiers, avait établi pour la première fois, un lien entre des environnements de travail soutenant l'*empowerment* des infirmières et des infirmiers et les comportements de leadership manifestés par celles-ci et par ceux-ci. Ces résultats permettent de penser à l'influence possible de la capacité de leadership d'une organisation sur la manifestation des comportements de leadership des individus.

Cela termine la partie de notre recension des écrits consacrée aux caractéristiques ou attributs du leadership clinique infirmier. Nous avons pu constater que plusieurs des écrits présentés traduisent une conception du leadership clinique centré sur le leader. Les styles de leadership constituent une autre des caractéristiques de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique. Ils informent aussi sur les relations entre les personnes dans

des contextes où le leadership est exercé. Étant donné leur importance dans les écrits recensés, nous en faisons une division à part, que nous présentons maintenant.

2.1.3 *Les styles de leadership et les liens avec les résultats*

Dans leur article présentant les styles de leadership les plus souvent retrouvés dans les écrits en soins infirmiers, Cope et Murray (2017) établissent d'abord une distinction entre la gestion et le leadership : les leaders n'ont pas nécessairement une autorité formelle ou un poste hiérarchique dans l'organisation, ils permettent l'accroissement de l'*empowerment* des autres et mettent l'accent sur les relations interpersonnelles. Ces auteures identifient plusieurs caractéristiques reliées aux leaders qu'elles qualifient d'efficaces (« *effective leaders* »). Parmi celles-ci, mentionnons l'engagement, la passion pour les soins infirmiers, la flexibilité, la capacité d'écouter, de valoriser et de respecter les idées des collègues et le fait d'avoir une attitude éthique (« *ethical* »).

En s'inspirant de Cummings (2012), Cope et Murray (2017) soutiennent que la plupart des styles de leadership dans les écrits en soins infirmiers peuvent être regroupés en deux catégories : ceux qui sont relationnels et ceux qui sont centrés sur la tâche. Les styles de leadership relationnel comprennent le leadership transformationnel, le leadership mettant en action l'intelligence émotionnelle (« *emotional intelligence leadership* ») et le leadership participatif. Quant aux styles de leadership centrés sur la tâche, ils comprennent le leadership transactionnel ou autocratique, le leadership laissez-faire, et le leadership instrumental. Un peu plus loin dans le texte, nous précisons le leadership transformationnel et le leadership transactionnel car ce sont les styles de leadership les plus souvent retrouvés dans les écrits en soins infirmiers. Mais d'abord, mentionnons que selon Cummings (2012), les styles de leadership relationnels sont associés à une augmentation de la satisfaction au travail des infirmières et infirmiers, un meilleur engagement envers l'organisation, une amélioration de la santé et du bien-être, une réduction du stress, une satisfaction au travail, une augmentation de la productivité,

un travail plus efficace et des résultats positifs chez les personnes soignées. Lorsque l'on considère les variables énumérées ci-haut, les styles de leadership centrés sur la tâche produiraient, selon Cummings (2012), de moins bons résultats.

Cope et Murray (2017) rapportent que le leadership transformationnel est considéré comme étant la norme d'excellence en matière de leadership. D'ailleurs, les cinq pratiques de leadership exemplaire selon Kouzes et Posner (1995) sont liées au style de leadership transformationnel. De plus, les leaders cliniques « exemplaires » dans l'étude d'Anonson *et al.* (2014) dont nous avons parlé précédemment sont, selon Cope et Murray (2017), des infirmières ayant un style de leadership transformationnel. Ces auteures associent les caractéristiques suivantes aux personnes qui sont des leaders transformationnels : « catalyseurs de changement, approche démocratique, partage des responsabilités avec les personnes qui les suivent (« *followers* »), orientation vers un but, capacité à clarifier les attentes, à stimuler l'intellect, à être des personnes inspirantes et visionnaires » (p. 63).

Quant au leadership transactionnel, il s'agit, selon Cope et Murray (2017), d'un style de leadership qui met l'accent sur le travail à faire, les échéanciers et les directives. Ces auteures ajoutent que ce style de leadership peut être très efficace, par exemple dans des situations de crise où des consignes claires doivent être données. Elles associent les caractéristiques suivantes aux personnes qui sont des leaders transactionnels : « faible identification aux valeurs partagées par le groupe, accent sur les tâches managériales, orientation vers un but, capacité à mener le changement, à prendre des décisions rapidement, à motiver les autres en leur donnant des récompenses lorsque les tâches sont terminées » (p. 63).

Quelle que soit la conception avec laquelle le leadership clinique infirmier est abordé, soit une conception centrée sur le leader (dimension intrapersonnelle) ou une conception centrée sur les interactions entre les personnes (dimension interpersonnelle) ou les deux, une chose demeure : il est souhaitable que les infirmières et infirmiers

exercent un leadership clinique dans les organisations où elles et ils pratiquent. Nous avançons que la capacité de leadership des organisations de soins de santé pourrait bien en dépendre. Pour ce faire, il nous semble essentiel de promouvoir le développement du leadership clinique infirmier et celui de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique. La prochaine sous-section de la recension des écrits est consacrée à cette question.

2.2 Le développement du leadership clinique infirmier et celui de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique

Cette sous-section comprend trois divisions. Dans la première division, nous traitons du développement du leadership clinique infirmier ou celui de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique, et ce, dans le contexte de la formation initiale. La deuxième division porte sur les écrits en lien avec le développement du leadership clinique infirmier ou celui de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique, dans le contexte de la formation continue. Quant à la troisième division, nous y exposons des travaux, peu nombreux à ce jour, sur le développement du leadership clinique infirmier ou celui de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique, dans lesquels les auteures ont eu recours à une approche biographique.

Nous présentons les écrits obtenus en réponse à l'interrogation des banques de données *Academic Source Complete*, *Business Source Complete*, *CINAHL*, *Education Source*, *ERIC*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, *PsycINFO* et *SocINDEX with full text*, avec les mots clé *clinical n2 leadership*, *nurs**, *dev**, en enlevant les mots *exec**, *adminis**, *manag** and *nurse practioner* puisque nous nous intéressons particulièrement au développement du leadership et à celui de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique n'occupant pas nécessairement un poste de gestion et n'étant pas une infirmière ou un infirmier en pratique avancée.

Nous avons vu que le leadership clinique infirmier fondé sur une conception centrée sur la leader ou le leader a bénéficié d'une attention beaucoup plus importante

que celle centrée sur les interactions entre les personnes. Cette situation se retrouve aussi dans les écrits recensés à propos du développement du leadership clinique infirmier et celui de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique, les écrits portant surtout sur le développement de celle-ci ou de celui-ci.

Dans la prochaine division, nous traitons du développement du leadership clinique infirmier et celui de l'infirmière ou l'infirmier leader clinique dans la formation initiale.

2.2.1 Dans la formation initiale

Dans une récente recension des écrits portant sur le développement du leadership clinique dans les programmes de formation infirmière initiale, Brown, Crookes et Dewing (2015) ont retenu 27 documents pour leur analyse, soit 14 articles, une thèse et 11 chapitres de livres. Ils ont constaté qu'il existe très peu d'écrits reliés spécifiquement au leadership clinique dans les programmes de formation infirmière initiale, soit seulement quatre. Brown *et al.* (2015) soutiennent que l'examen des documents considérés n'est ni convaincant ni concluant : il n'y a, dans les écrits considérés dans leur étude, aucune évidence permettant de recommander un contenu curriculaire ou une approche pédagogique pour faciliter le développement du leadership clinique dans la formation infirmière initiale.

Pour ce qui concerne le contenu curriculaire en lien avec le développement du leadership clinique en formation infirmière initiale, Brown *et al.* (2015) présentent une liste d'éléments sommaire, dans un ordre décroissant. Nous rapportons ceux qui ont été identifiés dans au moins cinq des documents examinés par Brown *et al.* (2015), avec le nombre de documents entre parenthèses : le leadership (16), la gestion (9), la communication et les habiletés interpersonnelles (8), les habiletés de délégation (7), le travail en équipe (7), la pensée critique (6), la pratique réflexive (5), la pratique fondée sur des résultats probants (5), les habiletés pour les technologies de l'information et des communications (5). Parmi les éléments de contenu curriculaire moins souvent retrouvés

dans les documents que Brown *et al.* (2015) ont analysés, mentionnons la loi et l'éthique (3), les habiletés de prise de décision (3), la résolution de conflits (3), la compétence clinique (3) et l'*empowerment* (2). Enfin, parmi les éléments de contenu mentionnés dans un seul des 27 documents analysés, nous retrouvons, entre autres, l'intégrité et la maturité émotionnelles, la gestion du stress, la culture organisationnelle, les enjeux politiques, la vision et les soins centrés sur la personne soignée. Brown *et al.* (2015) soutiennent que leurs résultats ne sont pas concluants : nous estimons toutefois qu'ils peuvent fournir des pistes de réflexion intéressantes pour qui cherche à encourager le développement du leadership clinique dans la formation infirmière initiale. Par exemple, l'apparent faible intérêt pour des éléments tels que les soins centrés sur la personne soignée, la culture organisationnelle ou les enjeux politiques, et ce, dans un contenu curriculaire visant à encourager le développement du leadership clinique, pourrait susciter une discussion entre les personnes responsables d'élaborer un tel contenu curriculaire.

Brown *et al.* (2015) ne précisent pas comment le leadership clinique est considéré dans les 16 documents qu'ils ont analysés. Ils soulèvent toutefois l'enjeu du manque de consensus quant à une définition du leadership clinique infirmier. À la lecture de leur étude, nous pouvons déduire que le leadership y est considéré principalement dans une perspective centrée sur le leader. Estimant que la discussion à propos du manque de consensus quant à une définition du leadership clinique va au-delà de leur propos, Brown *et al.* (2015) ne traitent pas de ce sujet comme tel dans leur étude.

Pour ce qui concerne les approches en lien avec le développement du leadership clinique infirmier dans la formation initiale, Brown *et al.* (2015) soulignent que l'une des approches pédagogiques les plus souvent associées à ce développement est l'expérience en milieu clinique. L'expérience en milieu clinique est propice à l'apprentissage par l'action. Selon Walia et Marks-Maran (2014), l'apprentissage par l'action est un processus éducatif dans lequel les personnes travaillent et apprennent ensemble en considérant des situations réelles et en portant un regard réflexif sur ces situations. Il s'agit

d'une approche pédagogique très utilisée lors des stages dans la formation infirmière initiale. Walia et Marks-Maran (2014) établissent un lien entre l'apprentissage par l'action et le développement du leadership en soins de santé.

Dans l'étude de Brown *et al.* (2015), l'approche-programme paraît aussi être une avenue intéressante pour le développement du leadership clinique dans la formation initiale, mais encore là, il n'y aurait pas d'évidence qui soutienne cette approche plus qu'une autre. De plus, les auteurs rapportent qu'il existe, dans la formation infirmière initiale, de nombreuses expériences d'apprentissage uniques et de différente nature (des « *stand-alone learning experiences* »), qui visent à encourager le développement du leadership clinique.

En effectuant notre recension des écrits nous avons retrouvé plusieurs travaux qui rendent compte de telles expériences. Toutes ces expériences semblent prometteuses et constituent en quelque sorte une banque d'idées créatives pour ce qui est des interventions visant le développement du leadership clinique infirmier dans la formation infirmière initiale. Par exemple, l'utilisation d'une approche de co-construction d'une intervention de développement du leadership clinique infirmier, considéré comme une compétence professionnelle de l'infirmière, réunissant des professeures et des personnes étudiantes de première année en formation infirmière initiale (Ha et Pepin, 2017); l'utilisation de la simulation pour développer le leadership clinique considéré aussi comme une compétence professionnelle (McPerson et MacDonald, 2017); le recours à un programme de développement du leadership (« *the Leadership Development Package* ») basé sur les pratiques de leadership identifiées par Kouzes et Posner (Marath et Ramachandra, 2015) et le recours aux récits d'étudiantes infirmières de troisième année pour la description d'expériences vécues en lien avec le leadership clinique durant les stages (Démeh et Rosengren, 2014).

En complément à l'étude de Brookes *et al.* (2015) sur le développement du leadership clinique infirmier, Brookes, Crookes et Dewing (2016) ont demandé à des

infirmières et infirmiers, à des professeures et à des gestionnaires en soins infirmiers habitant en Australie, leur point de vue sur ce qui devrait faire partie du curriculum en formation infirmière initiale, pour encourager le développement du leadership clinique. Les auteurs voulaient avoir le point de vue de « la profession infirmière » sur le sujet. Le questionnaire qui leur a été soumis présentait trois catégories en lien avec le développement du leadership : des connaissances, des habiletés et des comportements. Soulignons au passage qu'il s'agit de caractéristiques de l'étudiante infirmière ou de l'étudiant infirmier dans la formation initiale, ce qui traduit encore une fois une conception du leadership plutôt centrée sur le leader.

Après avoir analysé les 418 questionnaires reçus et utilisables, les auteurs concluent qu'il y a un consensus quant aux connaissances, aux habiletés et aux comportements dont il faudrait encourager le développement dans la formation infirmière initiale. Par exemple, les connaissances identifiées par presque toutes les personnes répondantes sont : le rôle de l'infirmière, la sécurité, la santé et la sécurité au travail, la planification des soins, la connaissance de l'éthique et du contexte de travail. La connaissance des enjeux politiques arrive au vingtième rang des items, identifiée par 75% des personnes répondantes. Pour ce qui est des habiletés, presque toutes les personnes répondantes ont identifié la communication écrite et verbale, l'habileté à composer avec le changement, à utiliser les ordinateurs, l'habileté à établir des relations thérapeutiques et l'habileté à identifier et à résoudre les conflits. En ce qui concerne les comportements, presque toutes les personnes répondantes estiment que les comportements suivants devraient être encouragés dans la formation initiale : agir de façon responsable, être imputable, ne pas harceler, afficher une confiance en soi appropriée, être honnête et ne pas faire de discrimination. Lorsque l'on regarde de près les connaissances, les habiletés et les comportements identifiés dans l'étude de Brookes *et al.* (2016), il appert qu'il s'agit de caractéristiques qui devraient être retrouvées chez toutes les infirmières et tous les infirmiers.

Meakin (2013) en arrive à une conclusion semblable. Dans une recherche doctorale menée au Royaume-Uni, cette auteure a exploré le potentiel des programmes de formation infirmière initiale pour développer de futures et futurs leaders cliniques dans le système de santé contemporain. En effectuant des rencontres avec 23 focus groupes composés d'étudiantes et d'étudiants en dernière année de leur programme de formation initiale, Meakin (2013) voulait recueillir les perceptions de ces personnes quant au développement de leur leadership durant le programme. Comme plusieurs autres auteurs, Meakin (2013) soulève la difficulté de fournir une définition satisfaisante du leadership clinique.

Les expériences de stage ont ressorti comme étant très significatives dans le développement du leadership. Meakin (2013) rapporte que les qualités que les étudiantes et étudiants s'attendent à retrouver chez les infirmières leaders cliniques, sont des qualités qui devraient être retrouvées chez toutes les infirmières et chez tous les infirmiers : avoir de bonnes manières, être une personne qui communique de manière efficace, appuyer sa pratique sur des résultats probants peu importe la charge de travail, créer un environnement d'apprentissage qui permet de dispenser des soins, utiliser le pouvoir de façon sage (« *wisely* »), être capable de porter un regard critique sur sa pratique et être un excellent modèle de rôle.

Les étudiantes et étudiants ont rapporté n'avoir côtoyé que très peu d'infirmières leaders correspondant à cette description. Les étudiantes et étudiants ont même ajouté que leur formation devrait inclure une préparation spécifique pour les aider à arriver à se développer même dans des environnements de soins sous-optimaux. Meakin (2013) en arrive à la conclusion suivante : « Peut-être est-il temps d'arrêter d'utiliser les termes infirmières leaders et s'attendre plutôt à ce que toutes les infirmières assument leur responsabilité professionnelle et leur imputabilité » ¹⁴ (p. 140). Nous ajoutons que c'est

¹⁴ Traduction libre de « *Perhaps it is timely to stop using the term nurse leaders and instead expect all nurses will take professional responsibility and be accountable for their practice* » (p. 140).

peut-être ce qui fait dire à plusieurs personnes que chaque infirmière et que chaque infirmier devraient être une leader clinique ou un leader clinique.

Après la partie de notre recension des écrits sur le développement du leadership clinique infirmier ou celui du leader dans la formation initiale, nous abordons maintenant ce sujet dans le contexte de la formation continue.

2.2.2 Dans la formation continue

Certains auteurs s'intéressant au développement du leadership clinique infirmier et au développement de la leader ou du leader dans la formation continue, font une nuance entre les deux. Ainsi, Fealy, McNamara, Casey, O'Connor, Patton, Doyle et Quinlan (2015) fournissent cette définition du développement du leadership clinique et celui du leader :

Le développement du leadership clinique est le développement du leader dans un contexte clinique et concerne le développement des habiletés de leadership des personnes qui pratiquent dans ce contexte, dans le but mutuel de développer leurs habiletés cliniques et leur pratique de même que les services cliniques dans lesquels ils opèrent. Il s'applique à toutes les infirmières, incluant celles qui occupent des postes de leadership formel, comme les infirmières chefs d'équipe d'expérience [Stoddart *et al.* (2012)], et implique le développement collectif des leaders liés entre eux dans un contexte relationnel¹⁵ (p. 325).

Cette formulation du développement du leadership clinique fait ressortir la dimension intrapersonnelle du leadership (développement du leader) et la dimension interpersonnelle (« développement collectif des leaders reliés entre eux dans un contexte

¹⁵ Traduction libre de « *Clinical leadership development is leader development in a clinical context and concerns the development of practitioners' leadership skills with the mutual purpose of developing their clinical skills and practices and the clinical services in which they operate. It concerns all nurses including those in designated leadership roles such as senior charge nurses [Stoddart et al. (2012)] and is concerned with the collective development of leaders linked together in a context of practice relationship* » (p. 325).

relationnel »). Il semble que pour Fealy *et al.* (2015), les infirmières et infirmiers soient toutes et tous en processus pour devenir des infirmières ou des infirmiers leaders cliniques, puisqu'ils en parlent comme « des leaders reliés entre eux dans un contexte relationnel ».

Les travaux de Fealy et ses collaboratrices et collaborateurs, associés à la *School of Nursing, Midwifery and Health Systems* de la *University College* à Dublin, illustrent l'étude du développement du leadership clinique et celui du leader dans une perspective où les dimension intrapersonnelle et interpersonnelle du leadership sont considérées. En 2011, cette équipe a eu le mandat d'évaluer le Cadre national de développement du leadership clinique, implanté dans sept endroits en Irlande. Ce Cadre, élaboré par la direction des services en soins infirmiers et des services de sages-femmes, inclut un parcours pour le développement de la leader ou du leader.

Ainsi, à leur entrée dans ce parcours, les infirmières et les sages-femmes effectuent une autoévaluation de leurs besoins de développement en lien avec le leadership, tant au niveau individuel qu'au niveau du service. Les besoins réfèrent à sept compétences clés (« *core competencies* »): la conscience de soi, la défense des intérêts et l'*empowerment*, la prise de décision, la communication, la qualité et la sécurité, le travail en équipe et l'excellence clinique. Après avoir identifié leurs besoins et, avec le soutien de leur gestionnaire, les infirmières et les sages-femmes établissent ce qu'elles doivent développer et clarifient leur rôle dans la promotion de soins sécuritaires et de qualité. De plus, les infirmières et les gestionnaires conviennent ensemble des priorités quant à l'amélioration du service ainsi que des actions à mettre en œuvre en ce sens. Ainsi, le Cadre de développement vise non seulement des résultats au niveau individuel, mais aussi des résultats au niveau du service, c'est-à-dire au niveau organisationnel.

Dans leur étude sur l'impact du Cadre de développement du leadership clinique sur le service, effectuée auprès de 70 personnes au moyen de focus groupes, d'entretiens individuels et de groupes, les auteurs concluent qu'un programme de développement du

leadership clinique qui comporte explicitement un élément d'impact sur le service, peut conduire à des résultats positifs pour ce qui est de la qualité de ce service (Fealy *et al.*, 2015). Les personnes considérées dans cette étude sont des infirmières et des sages-femmes impliquées dans le parcours de développement de la leader ou du leader, leurs gestionnaires ainsi que les directeurs ou directrices de service. L'impact sur le service a été établi sur la base des données qualitatives recueillies dans l'étude.

Dans une autre étude effectuée par la même équipe, McNamara, Fealy, Casey, O'Connor, Patton, Doyle et Quinlan (2014) ont examiné les interventions utilisées dans le Cadre de développement du leadership clinique. Cette étude qualitative a été effectuée auprès de 50 personnes participantes au programme et 20 personnes qui ont effectué les interventions d'accompagnement. Il s'agissait de mentorat, de *coaching* et d'apprentissage par l'action. Les données ont été recueillies au moyen de focus groupes, d'entrevues et d'observation non-participante, de même que de réflexions des mentors et des coaches. Les mentors étaient des collègues seniors qui partageaient leurs connaissances, leurs habiletés et leurs expériences avec les personnes engagées dans le parcours de développement du leader, et ce, afin de les aider à développer leurs compétences liées au leadership. Les coaches étaient des personnes de l'extérieur du département : ils mettaient l'accent sur des facettes bien précises du développement du leader et il y avait un nombre fixe de rencontres entre les coaches et les personnes participantes. L'étude visait à recueillir le point de vue des participantes et celui des mentors et des coaches, à propos de ces interventions et non de les comparer entre elles. Les résultats de l'étude montrent que ces interventions ont été très appréciées et que les participantes ont l'impression d'avoir pu développer des compétences liées au leadership grâce à elles. Le mentorat et le *coaching* sont deux interventions qui demandent du temps. Les bienfaits du mentorat et du coaching dans le développement du leadership clinique ou du leader ont été rapportés ailleurs (mentionnons Fielden, Davidson et Sutherland, 2009).

En effet, soulignant que le développement des habiletés de leadership des infirmières a été encouragé davantage au moyen d'approches d'entraînement isolées (« *stand-alone training courses* ») qu'au moyen d'un soutien individualisé et continu, Fielden *et al.* (2009) ont effectué une étude pour évaluer les différences et les similitudes entre le mentorat et le *coaching* comme interventions pour développer les habiletés de leadership des infirmières. Elles ont procédé à une étude longitudinale en profondeur auprès de 31 infirmières : 15 dans un groupe recevant du *coaching* et 16 dans un groupe recevant du mentorat. Le *coaching* et le mentorat se sont déroulés sur une période de six mois et étaient dispensés par des membres de la direction. Des données qualitatives et quantitatives ont été recueillies au début de l'étude, puis à quatre mois et à neuf mois, au moyen d'entrevues semi-structurées et de questionnaires.

Les résultats montrent qu'au-delà de la description du mentorat comme « un soutien » et du *coaching* comme « une action », les processus et les contenus associés aux deux interventions étaient plutôt similaires. Les deux groupes ont rapporté un développement significatif pour ce qui est du développement de carrière, des habiletés de leadership et des capacités en général (« *capabilities* »). Les personnes dans le groupe du mentorat ont toutefois rapporté un niveau plus élevé de développement. Fielden *et al.* (2009) avancent comme explication que parmi les infirmières considérées dans l'étude, plusieurs étaient des juniors, celles-ci ayant besoin davantage de soutien, lequel est associé davantage au mentorat qu'au *coaching*. Quant à l'expérience des personnes qui ont agi en tant que mentors ou de coaches, c'est-à-dire des membres de la direction, les auteures soulignent que ces derniers ont pu développer une meilleure compréhension des enjeux que vivent les infirmières sur le terrain. Les auteures ajoutent que les commentaires que les mentors ou coaches ont faits sur les politiques ou sur les stratégies de l'organisation semblent traduire cette compréhension. Le recours au mentorat et au *coaching*, en impliquant des membres de la direction, pourrait servir à augmenter la capacité de leadership de l'organisation, en plus de la capacité de leadership des individus.

L'organisation semble jouer un rôle important dans le développement du leadership clinique infirmier. Dans une étude visant à décrire les obstacles au développement du leadership clinique d'infirmières et de sages-femmes, Fealy, McNamara, Casey, Geraghty, Butler, Halligan et Johnson (2011) ont fait parvenir un questionnaire auto-administré, le *Clinical Leadership Analysis of Need Questionnaire (CLAN-Q) Barriers Scale (CLAN-QBS®)* à 3000 personnes. L'instrument élaboré pour cette étude a été validé (contenu) : les auteurs soulignent toutefois que l'instrument a encore besoin d'être raffiné et testé. Les résultats de l'étude de Fealy *et al.* (2011) montrent que, selon les quelques 900 personnes considérées dans l'étude mais plus particulièrement selon les infirmières, les infirmiers et les sages-femmes dispensant des soins directs, les principaux obstacles au développement du leadership clinique sont liés à des facteurs sur lesquels ces personnes ont l'impression d'avoir moins de pouvoir comme la qualité des relations interdisciplinaires, le manque de reconnaissance de la contribution distinctive des infirmières ou des sages-femmes et le peu d'influence qu'elles exercent au niveau du département ou de l'organisation.

Fealy *et al.* (2011) avancent que « si le sentiment d'être responsable de son travail (Attridge, 1996), d'avoir un pouvoir personnel et des relations interdisciplinaires de qualité (Fulton, 1997) sont essentiels à l'*empowerment*, alors ces mêmes facteurs pourraient jouer un rôle important dans le développement du leadership clinique »¹⁶ (p. 2029). Toujours selon Fealy *et al.* (2011), le pouvoir médical et le manque d'occasions de développement constituent des entraves à une implication plus grande des infirmières et des sages-femmes lorsqu'il est question de développement du leadership clinique. Pourtant, poursuivent les auteurs, « si les infirmières et les sages-femmes ne sont pas représentées de façon appropriée à tous les niveaux, celui de l'équipe interdisciplinaire et

¹⁶ Traduction libre de « *If locus of control over one's work (Attridge, 1996) and having personal power and the quality of interdisciplinary working relationships (Fulton, 1997) are critical to empowerment, then these same factors may also be important in clinical leadership development* » (p. 2029).

celui de l'organisation, il manque alors une perspective clé pour ce qui est des soins et une voix importante n'est pas entendue »¹⁷ (p. 2029).

Après avoir présenté les écrits sur le développement du leadership clinique infirmier et celui de la leader ou du leader clinique dans la formation continue, nous présentons maintenant des travaux en lien avec ce développement, effectués par des auteurs ayant adopté une approche biographique.

2.2.3 Dans une perspective biographique

Le développement du leadership infirmier, clinique ou non, a aussi été examiné sous l'angle de la biographie de quelques infirmières leaders (Cathcart, Greenspan et Quin, 2010; Comack, 2012; Schim, 1997). Ainsi, Cathcart *et al.* (2010) se sont penchés sur le rôle de l'apprentissage expérientiel dans le développement du leadership chez 32 infirmières gestionnaires. Dans le cadre de cinq séminaires hebdomadaires d'une durée de deux heures chacun, tenus dans un hôpital de Boston, les auteurs ont demandé à ces infirmières de raconter ce qu'elles considèrent être un exemple de leur pratique exemplaire en gestion ou de raconter un moment clé de leur pratique où elles ont réalisé qu'elles avaient fait un apprentissage important. En demandant à ces personnes de réfléchir sur leur pratique, Cathcart *et al.* (2010) cherchaient à mettre en évidence les connaissances, les habiletés, les défis relevés ainsi que l'« éthique professionnelle » (*work ethics*) que ces leaders manifestent dans leur pratique de gestionnaires. Ces auteurs en arrivent à la conclusion que la réflexion sur leur pratique a permis aux gestionnaires ayant participé à l'étude de prendre conscience et d'identifier les connaissances et habiletés déployées dans leur pratique, la manière de relever les défis rencontrés, de même que ce qui guide leur action, c'est-à-dire les motivations derrière les choix qu'ils font. Cathcart

¹⁷ Traduction libre de « *If nurses and midwives are not properly represented at the level of the multidisciplinary team and at the organisational level then a key perspective on care is not represented and an important voice is silenced* » (p. 2029).

et al. (2010) soutiennent que ces éléments importants passeraient probablement inaperçus sans un retour réflexif de ces gestionnaires-leaders sur leur pratique.

Quant à Comack (2012), son propos concerne son propre développement comme infirmière leader clinique. Cette auteure canadienne raconte le chemin parcouru à partir d'un emploi comme infirmière soignante au chevet des personnes (*bedside nurse*) jusqu'à son poste actuel d'infirmière de haute direction (*Chief Executive Officer*). Elle a utilisé le cadre LEADS, élaboré par un groupe de leaders en santé de Colombie-Britannique, pour, en quelque sorte, structurer le regard rétrospectif qu'elle a porté à sa carrière de 40 ans en soins de santé. Elle s'est remémoré les étapes de son développement comme leader en considérant les habiletés décrites dans le cadre LEADS : l'aptitude d'un leader à se diriger lui-même (*Lead Self*), à impliquer les autres (*Engage Others*), à obtenir des résultats (*Achieve Results*), à développer des coalitions (*Develop Coalitions*) et à transformer les systèmes (*Systems Transformation*). Comack (2012) a revu comment son développement comme leader est passé d'une perspective personnelle à une perspective beaucoup plus large (transformer les systèmes). Elle décrit les défis et les succès rencontrés tout au long de son cheminement. Elle conclut que le développement du leadership se fait grâce à l'expérience, avec le temps et de la détermination.

Pour ce qui est de Schim (1997), elle a recueilli pour sa thèse doctorale les propos de cinq infirmières leaders en santé communautaire du Michigan, âgées entre 60 et 90 ans et ayant occupé des postes hiérarchiques très élevés dans une organisation. Par exemple, deux avaient été doyennes d'une École de sciences infirmières et deux avaient occupé un poste influent en santé dans un département d'état américain. Toutes avaient obtenu des prix en reconnaissance de leur contribution professionnelle exceptionnelle à la pratique, à la formation ou à la recherche en sciences infirmières. Par cette étude, Schim (1997) voulait mieux comprendre l'expérience de leadership de ces infirmières leaders sénéiores. Elle a mis à jour les facettes du leadership qu'ont exercé ces infirmières de même que les facettes de l'évolution de la profession infirmière, au fil du temps. Elle souligne une

constante chez ces leaders : le respect qu'elles ont porté aux personnes avec qui elles ont travaillé. Schim (1997) rapporte qu'une variété d'expériences de vie, incluant certains choix, la chance, de même que les circonstances ont contribué au développement de ces infirmières leaders. Cette étude, plutôt centrée sur la leader, fournit peu d'informations sur le leadership clinique infirmier considéré comme un phénomène social, ni sur son développement.

Nous constatons que parmi les écrits recensés, très peu ont considéré le développement de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique ou encore celui du leadership clinique infirmier dans une perspective où ce leadership est vu comme un phénomène social. L'accent porté sur l'infirmière ou l'infirmier leader clinique procure des connaissances sur ses caractéristiques, ses comportements ou son style de leadership, mais informe peu sur le phénomène social qu'est le leadership clinique infirmier. Nous avons choisi d'explorer cette voie peu visitée et présentons, dans le prochain chapitre, le cadre de référence qui soutient notre démarche.

TROISIÈME CHAPITRE

LE CADRE DE RÉFÉRENCE

Notre étude porte sur le leadership clinique infirmier, considéré comme un phénomène social complexe, et plus particulièrement sur le développement de ce leadership et sur celui de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique. Le présent chapitre où nous décrivons le cadre de référence est divisé en quatre sections. Les trois premières permettent de présenter les écrits conceptuels retenus pour notre cadre de référence. Dans la quatrième section, nous précisons le but et l'objectif de notre recherche.

Rappelons que selon Day *et al.* (2014), le développement du leadership concerne les relations interpersonnelles ou les échanges entre les personnes tandis que le développement du leader concerne la personne même du leader, par exemple ses caractéristiques, ses habiletés ou ses comportements. Ces auteurs recommandent aux chercheuses et chercheurs qui s'intéressent à l'étude du développement du leadership et à celui de la leader ou du leader, d'adopter une perspective développementale. De leur côté, Dihn *et al.* (2014) soutiennent qu'une approche longitudinale et une analyse multi-niveaux devraient être encouragées pour mieux comprendre le phénomène complexe qu'est le leadership. Ils identifient cinq niveaux d'analyse à considérer, à savoir l'individu, la dyade, le groupe, l'organisation et un événement donné se produisant dans l'organisation et qui est en lien avec le leadership.

Dans notre recherche, nous nous intéressons particulièrement au développement du leadership clinique infirmier et au développement de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique. La théorie de l'apprentissage biographique tout au long de la vie (Alheit, 2009; Alheit et Dausien, 2005) porte sur l'articulation entre l'individuel et le social dans l'apprentissage et le développement des personnes. Parce que l'apprentissage y est considéré, entre autres, comme la capacité à développer ses habiletés de communication,

de relation au contexte social et de conduite de l'action, cette théorie nous paraît pertinente pour l'étude du développement du leadership clinique infirmier et celui de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique. La théorie de l'apprentissage biographique, en tant qu'élément central de notre cadre de référence, est présentée dans la première section.

Dans la deuxième section il est question des théories du leadership dans les écrits de diverses disciplines. Nous y précisons les éléments retenus pour notre cadre de référence. Quant à la troisième section, elle est consacrée au développement du leadership infirmier et à celui de l'infirmière ou de l'infirmier leader. Nous y présentons le modèle de développement et de maintien du leadership infirmier que propose l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO, 2013). Ce modèle n'est pas spécifique au leadership clinique infirmier mais peut s'appliquer dans ce contexte. Tout cela permet de mettre en évidence le but et l'objectif de recherche dans la dernière section.

1. LA THÉORIE DE L'APPRENTISSAGE BIOGRAPHIQUE

Selon Alheit (2009), en notre ère de changement social accéléré, les acteurs sociaux doivent développer des compétences ainsi qu'une flexibilité qui ne peuvent plus être acquises au rythme et dans les formes institutionnalisées des processus traditionnels de formation. Il estime que ces compétences et cette flexibilité doivent être développées dans la perspective de l'éducation tout au long de la vie (*lifelong learning*) et dans tous les aspects de la vie (*lifewide learning*). Cette perspective met l'accent sur la complémentarité des apprentissages effectués dans des contextes formels, non formels et informels. Selon le *Mémoire* sur l'éducation et la formation tout au long de la vie (Commission des communautés européennes, 2000, dans Alheit et Dausien, 2005), les apprentissages en contextes formels sont ceux qui ont lieu dans des institutions de formation officielles et qui sont généralement validés par des certifications socialement reconnues, comme des diplômes; les apprentissages en contextes non formels sont ceux qui se déroulent habituellement en dehors des établissements de formation, par exemple,

en milieux de travail, dans des organismes ou dans des associations ou encore dans des activités sociales ou sportives. Quant aux apprentissages réalisés en contextes informels, ce sont ceux qui ne sont pas entrepris intentionnellement et qui se produisent dans la vie quotidienne.

Nous allons maintenant décrire plus en détail les principales composantes de la théorie de l'apprentissage biographique tout au long de la vie (Alheit, 2009; Alheit et Dausien, 2005), à savoir l'expérience biographique, la biographie, la biographicité et la perlaboration de l'expérience vécue. Nous terminons par l'apprentissage biographique comme tel.

1.1 L'expérience biographique

L'apprentissage biographique s'inscrit dans l'univers des processus d'apprentissage par les expériences. Dans la théorie de l'apprentissage biographique, Alheit (2009) et Alheit et Dausien (2005) considèrent que l'apprentissage s'effectue grâce à l'« expérience » et ils qualifient celle-ci d' « expérience biographique ». L'expérience biographique est constituée d'une variété de pratiques et d'activités humaines au cours desquelles une personne rencontre toutes sortes d'offres d'apprentissages, à savoir des offres d'apprentissages en contextes formels, non formels et informels. Mais au niveau de l'expérience biographique, ces distinctions analytiques ne sont pas opératoires. Ce que vit la personne est un « processus global d'empilement de l'expérience vécue » (Alheit et Dausien, 2005). Ces auteurs estiment que les découpages qui divisent et spécialisent les domaines de l'expérience vécue en apprentissages en contextes formels, non formels et informels, sont des découpages institutionnels et sociaux. La biographie a justement pour propriété de r assembler ces découpages en une figure de sens particulière.

1.2 La biographie

Pour Alheit (2009), le terme « biographie » réfère à la perspective dans laquelle interviennent les concepts de subjectivité et de structure au cours de la vie. Voyons ce qu'il entend par cette assertion.

Disons d'abord que pour Alheit (2009), la notion de « cours de la vie » ne réfère pas essentiellement à la mesure quantitative de la durée de la vie : elle réfère aussi à l'aspect qualitatif des processus qui ont lieu pendant toute la vie ainsi qu'à leur structuration socioculturelle. Deux concepts sont particulièrement importants pour comprendre l'apprentissage biographique, soit les concepts de « subjectivité » et de « structure » (Alheit et Dausien, 2005; Alheit, 1994).

Alheit (1994) et Alheit et Dausien (2005) s'intéressent à l'expérience que vivent les individus. Ils soutiennent que toute expérience est subjective et qu'elle a une structure. Par « structure », ils entendent le cadre dans lequel l'expérience se produit. Les auteurs considèrent que différentes limites sont imposées à une personne, par exemple ses origines sociales et ethniques, son genre ou encore l'endroit où elle habite. Ces limites font partie de la structure de l'expérience. Les auteurs qualifient cela de « structuration socioculturelle ». Pour ces auteurs, la structure influence l'apprentissage et elle peut être transformée par celui-ci. En effet, parce que la structure a, selon ces auteurs, une extraordinaire plasticité, elle peut être transformée : une personne peut transformer la structure de son expérience, elle peut transformer le cadre dans lequel l'expérience se produit. La subjectivité, quant à elle, réfère aux dispositions spontanées qu'une personne a envers elle-même, comme avoir le sentiment d'être ou non l'« organisatrice » de sa propre vie (Alheit, 2009; 1994). La subjectivité influence aussi l'apprentissage. La façon avec laquelle la subjectivité et la structure interviennent dans la vie d'une personne influence l'apprentissage et est influencée par lui. C'est ce à quoi réfère Alheit et Dausien (2005) quand ils traitent de biographie dans un contexte d'apprentissage. Ils parlent aussi de « biographicité » et de « perlaboration de l'expérience vécue ».

1.3 La biographicité et la perlaboration de l'expérience vécue

Le terme biographicité est un néologisme créé par Alheit (1992, dans Alheit, 1994) pour nommer cette capacité de la personne à modeler et à remodeler les « contours de sa vie » dans les contextes spécifiques où elle la vit. Nous avons vu précédemment que dans une perspective où la structure et la subjectivité coexistent, la personne peut transformer son expérience. En référant à ce phénomène de transformation, Alheit et Dausien (2005) utilisent l'expression « perlaboration de l'expérience vécue ». Le mot perlaboration, emprunté à la psychanalyse, traduit l'idée du concept *Durcharbeitung* qui réfère au processus par lequel une personne, suite à un travail psychanalytique, intègre une interprétation (par exemple, l'interprétation d'un symptôme). Dans la perspective psychanalytique, on pense qu'une personne peut se dégager de mécanismes répétitifs en intégrant l'interprétation d'un symptôme.

Dans la perspective de l'apprentissage biographique selon Alheit (2009) et Alheit et Dausien (2005), nous pourrions considérer qu'« apprendre » implique l'intégration d'une interprétation de ce qui est vécu et, ce faisant, cela permet à l'apprenante ou l'apprenant de se dégager de l'emprise de mécanismes répétitifs. Apprendre permet le changement, l'apprenante ou l'apprenant s'étant dégagée ou dégagé de l'emprise de mécanismes répétitifs. Ainsi, pour Alheit et Dausien (2005), c'est grâce à la perlaboration de l'expérience vécue qu'une personne peut considérer son expérience, l'interpréter et intégrer cette interprétation, transformer l'expérience et se dégager de l'emprise de mécanismes répétitifs. Selon Alheit et Dausien (2005), lorsque les activités réflexives d'une personne lui permettent d'en arriver à modifier la structure de son expérience, c'est-à-dire le cadre dans lequel elle se produit, elles lui permettent de remodeler les contours de sa vie : pour Alheit et Dausien (2005), cette personne est alors capable de « biographicité ». Les auteurs accordent à ce concept, le titre de « qualification clé » pour notre époque. Toujours selon ces auteurs, toutes les personnes sont capables de

biographicité et de perlaboration de l'expérience vécue. Les transformations produites résultent de l'apprentissage.

Pour Alheit et Dausien (2005), l'apprentissage est considéré en tant que « trans(formation) d'expériences, de savoirs et de structures d'action dans l'inscription historique et sociale des mondes-de-vie individuels » (p. 10). Nous retrouvons dans cette définition, une allusion aux concepts de subjectivité et de structure. La prochaine sous-section résume la conception de l'apprentissage biographique.

1.4 L'apprentissage biographique

Nous avons vu qu'Alheit (2009) situe l'apprentissage biographique dans une perspective où les concepts « subjectivité » et « structure » coexistent. Pour lui, l'expérience d'apprendre est subjective et elle a une structure. Selon Alheit et Dausien (2005), chaque personne dispose d'un bagage de connaissances biographiques (*biographical background knowledge*) dans lequel elle peut puiser pour habiter au mieux l'espace social dans lequel elle se trouve. Ils ajoutent que, parce que ce bagage de connaissances est de beaucoup supérieur à ce qu'une personne peut utiliser dans les faits, chaque personne contient un potentiel de « vies non vécues » (*unlived lives*). Alheit et Dausien (2005) considèrent que cet immense bagage de connaissances n'est pas accessible par la simple réflexion, mais qu'il peut constituer une ressource pour la réalisation des processus éducatifs.

D'après Alheit et Dausien (2005), les processus d'apprentissage biographique ne doivent pas être compris seulement comme des opérations d'assimilation et de construction propres à la personne (subjectivité); ils comportent également l'aspect de la constitution biographique de réseaux et de processus sociaux, de savoirs collectifs et de pratiques collectives (structure).

Nous avons inclus la théorie de l'apprentissage biographique que décrivent Alheit (2009) et Alheit et Dausien (2005) dans le cadre de référence de notre recherche parce que nous estimons qu'étudier le développement de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique ainsi que le développement du leadership clinique infirmier à la lumière de cette théorie peut, d'une part, aider à approfondir notre compréhension du développement des personnes, et cela, par une meilleure connaissance des liens entre les apprentissages effectués en contextes formels, non formels et informels tout au long de la vie. D'autre part, parce qu'elle considère les interactions entre l'individuel (subjectivité) et le social (structure), nous croyons que cette théorie peut aider à approfondir notre compréhension des conditions sociales ou contextuelles qui peuvent faciliter ou nuire au leadership clinique infirmier, à son développement ou à celui de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique.

La théorie de l'apprentissage biographique (Alheit, 2009; Alheit et Dausien, 2005) est le thème développé dans cette première section de notre chapitre sur le cadre de référence pour notre étude. La prochaine section traite des théories sur le leadership et ce, dans diverses disciplines.

2. LES THÉORIES SUR LE LEADERSHIP

Le leadership ayant fait l'objet d'un effort d'analyse et de recherche très imposant, il en résulte de nombreuses théories. Nous avons choisi de présenter les conclusions auxquelles en arrivent Dinh *et al.* (2014) après avoir fait une démarche considérable pour synthétiser l'état des connaissances actuelles à propos du leadership, et plus particulièrement à propos des théories sur le leadership. Ainsi, en considérant les articles rapportant des travaux empiriques, théoriques ou méthodologiques publiés entre 2000 et septembre 2012, dans dix périodiques reconnus comme étant de haut niveau en recherche

sur le leadership¹⁸, Dinh *et al.* (2014) ont établi l'état des connaissances à propos des théories portant sur le leadership. Ils ont utilisé deux critères pour sélectionner les articles dans leur revue qualitative très englobante : que l'article rapporte une recherche originale, quel que soit le devis, et que le résumé de l'article établisse clairement que le leadership est l'objet d'étude principal. Sur 998 articles répertoriés, les auteurs en ont retenu 752.

Dinh *et al.* (2014) ont identifié 23 catégories thématiques regroupant les théories sur le leadership, incluant des théories établies (catégories un à neuf) et des théories émergentes (catégorie 10 à 23). Sans détailler ces catégories, nous les présentons pour illustrer la grande diversité des points de vue théoriques sur le leadership. En commençant par les catégories ayant reçu le plus d'attention des chercheuses ou chercheurs jusqu'à celles en ayant reçu le moins, nous présentons les catégories au tableau 1.

¹⁸ Ces périodiques sont : *The Leadership Quarterly*, *Administrative Science Quarterly*, *American Psychologist*, *Journal of Management*, *Academy of Management Journal*, *Academy of Management Review*, *Journal of Applied Psychology*, *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, *Organizational Science* et *Personnel Psychology*.

Tableau 1
Les catégories de théories sur le leadership identifiées par Dinh *et al.* (2014)

Les théories établies	Les théories émergentes
<ol style="list-style-type: none"> 1. Théories néo-charismatiques (incluant le leadership transformationnel et charismatique) 2. Théories portant sur les processus de traitement de l'information 3. Théories sur le leadership relationnel 4. Théories sur les traits ou les dispositions des leaders 5. Théories sur la diversité et le leadership culturel 6. Théories sur les liens entre les leaders et les personnes qui les suivent (<i>followers</i>) 7. Théories behavioristes 8. Théories sur les contingences 9. Théories du pouvoir et de l'influence 	<ol style="list-style-type: none"> 10. Théories sur le leadership stratégique 11. Théories sur le leadership contextualisé (ex. leadership militaire, leadership en éducation) 12. Théories des systèmes et de la complexité 13. Théories sur le leadership d'équipe 14. Théories sur le développement du leadership et du leader 15. Théories en éthique et morale du leadership 16. Théories sur le leadership en créativité et visant le changement 17. Théories basées sur l'identité 18. Théories portant sur les émotions et le leadership 19. Théories sur le leadership destructeur 20. Théories sur les approches biologiques du leadership 21. Théories quant aux effets du leadership sur les tâches, la technologie et la distance dans un environnement virtuel (<i>E-leadership theories</i>) 22. Théories sur les erreurs des leaders et leur récupération 23. Théories sur le leadership entrepreneurial

Source : Dinh *et al.* (2014).

Dinh *et al.* (2014) ont choisi d'examiner les théories en portant leur regard sur les processus de leadership sous-jacents dans ces différentes théories ainsi que sur les niveaux d'analyse du leadership. Les auteurs ont identifié trois formes distinctes de processus de leadership et cinq niveaux d'analyse. Nous les présentons dans les paragraphes qui suivent.

Commençons par les niveaux d'analyse. Il s'agit de l'individu, de la dyade, du groupe, de l'organisation et d'un événement qui mérite une analyse, par exemple un événement qui se produit lors d'un changement organisationnel complexe. Les auteurs ont examiné les différentes théories sur le leadership pour dégager le niveau d'analyse considéré dans chaque théorie. Par exemple, le niveau d'analyse dans les théories sur les traits ou les dispositions du leader (quatrième catégorie de théories) est de niveau individuel tandis que le niveau d'analyse dans les théories considérant le développement du leader ou du leadership (quatorzième catégorie) peut être situé au niveau individuel, mais aussi au niveau d'une dyade, d'un groupe ou encore d'une organisation. Dihn *et al.* (2014) écrivent que, pour respecter l'importance des interactions entre les personnes dans le phénomène que constitue le leadership, il serait souhaitable que plus d'un niveau d'analyse soit considéré dans les efforts de théorisation du leadership.

Pour ce qui est des processus de leadership, Dihn *et al.* (2014) distinguent trois formes : une première forme se trouve dans les théories ayant ce qu'ils appellent des caractéristiques globales, une deuxième forme dans les théories ayant des caractéristiques de composition et une troisième dans les théories ayant des caractéristiques de compilation. La distinction entre les trois formes est importante puisqu'elle réfère à des processus de leadership très différents, produisant des résultats différents.

D'un côté, la forme globale réfère à des théories dans lesquelles les processus de leadership sont présentés de manière statique et s'appliquent à un seul niveau d'analyse. Les auteurs utilisent le terme « global » car, dans ces théories, l'analyse des processus de leadership est faite à un seul niveau. Les processus de leadership retrouvés dans les théories à caractéristiques globales ne tiennent pas compte des interactions entre les différents niveaux, c'est-à-dire entre les niveau individuel, dyadique, du groupe, de l'organisation ou d'un événement donné. D'un autre côté, dans les théories ayant des caractéristiques de composition ou de compilation, les processus de leadership ne sont pas statiques. À titre d'exemples pour illustrer leur propos, les auteurs présentent deux

situations. Dans les théories de leadership ayant des caractéristiques de composition, les émotions d'un membre du groupe peuvent affecter l'état émotif du groupe, mais à cause du type de processus de leadership retrouvés dans ces théories, la fonction de ce groupe ne change pas, ni celle de l'organisation. Dans les théories de leadership à caractéristiques de compilation, les idées mises en commun par les membres d'un groupe peuvent stimuler une innovation ou quelque chose de neuf. Quand cela se produit, le type de processus de leadership fait en sorte que les fonctions ou les contributions des membres du groupe peuvent changer à mesure que la solution collective émerge. Les processus de leadership dans ces formes de théories ne sont pas statiques et ils se situent à différents niveaux d'analyse.

Pour chaque forme de théories, Dihn *et al.* (2014) identifient un fil conducteur. Ainsi, le fil conducteur pour les théories regroupées dans la forme globale est que des attributs stables sont des éléments importants pour que se produisent les processus de leadership à chacun des niveaux, les niveaux étant considérés un à la fois. Pour ce qui est des théories regroupées dans la forme ayant des caractéristiques de composition, le fil conducteur identifié est que les individus fonctionnent indépendamment et qu'ils remplissent des fonctions similaires. Quant aux théories regroupées dans la forme ayant des caractéristiques de compilation, le fil conducteur est que les résultats attribuables au leadership émergent à la suite d'interactions d'unités de différents niveaux et que les individus et les groupes exercent différentes fonctions. Les auteurs soulignent que les théories du leadership ayant des caractéristiques de composition et de compilation rendent davantage justice au caractère complexe, multi-niveaux (*multi-level*) et longitudinal du phénomène que l'on cherche à expliquer, à savoir le leadership.

Nous incluons Dihn *et al.* (2014) dans le cadre de référence de notre recherche car ils fournissent une synthèse et une vue actuelle des théories sur le leadership. Cela nous permet de situer notre recherche par rapport aux théories existantes. D'une part, nous soulignons leur façon de concevoir le leadership : il s'agit d' « Un phénomène complexe

qui opère à de multiples niveaux d'analyse [...], qui comprend plusieurs facteurs de médiation et de modération [...], et qui se produit sur des périodes de temps considérables [...] »¹⁹ (p. 37). D'autre part, parmi les catégories thématiques de théories identifiées par ces auteurs, nous croyons que notre recherche rejoint particulièrement les théories sur le leadership contextualisé, soit le leadership clinique infirmier, ainsi que les théories sur le développement du leadership et du leader.

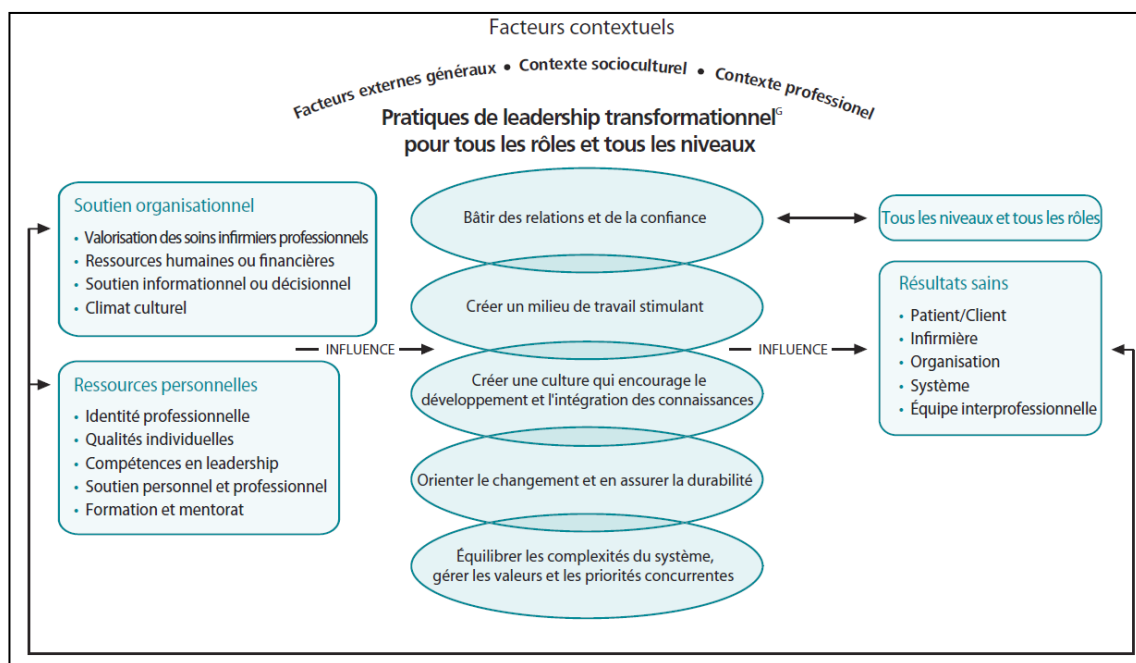
3. LE DÉVELOPPEMENT DU LEADERSHIP CLINIQUE INFIRMIER ET CELUI DE L'INFIRMIÈRE OU DE L'INFIRMIER LEADER CLINIQUE

Au Canada, le modèle de développement et de maintien du leadership infirmier que propose l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO, 2013), tient compte de la personne du leader (dimension intrapersonnelle) et de l'organisation (dimension interpersonnelle). Il ne s'agit pas spécifiquement de leadership clinique, mais ce modèle de développement et de maintien du leadership infirmier peut très bien s'appliquer en contexte clinique. Nous avons retenu ce modèle parce qu'il nous semble en accord avec les recommandations de Day *et al.* (2014) pour l'étude du développement du leadership et du leader, soit de considérer plus d'un niveau d'analyse (ici la personne et l'organisation) et de considérer la dimension intrapersonnelle (leader) et la dimension interpersonnelle (échanges ou interactions entre les personnes pour accroître la capacité de leadership de l'organisation).

L'AIIAO est bien connue pour la qualité de sa production de lignes directrices sur des pratiques exemplaires en soins infirmiers. Elle souligne que les lignes directrices sur le développement et le maintien du leadership infirmier, sont élaborées en tenant compte de nombreux résultats probants (l'AIIAO mentionne particulièrement Bono, Foldes,

¹⁹ Traduction libre de « *leadership is a complex phenomenon that operates across multiple levels of analysis (Cho & Dansereau, 2010; Wang & Howell, 2010), involves multiple mediating and moderating factors (e.g. Derue, Nahrgang, Wellman & Humphrey, 2011), and takes place over substantial periods of time (Day & Sin, 2011; Lord & Brown, 2004)* » (p. 37).

Vinsent et Moris, 2007; Cummings *et al.* (2010); Herold, Fedor, Cladwell et Liu, 2008; Tomey, 2009; Weberg, 2010 et Wong et Cummings, 2007), et qu'elles sont conçues pour aider les infirmières et infirmiers ainsi que d'autres professionnelles et professionnels à exercer des rôles de leadership, à titre officiel ou officieux, et ce, quel que soit le titre ou le secteur d'activité clinique ou encore le poste occupé. L'AIIAO (2013) ajoute que les lignes directrices présentent les pratiques propres au leadership que les infirmières et infirmiers peuvent adopter individuellement ou collectivement. Selon l'AIIAO (2013), les pratiques de leadership proposées dans le modèle soutiennent la création de milieux de travail sains qui peuvent permettre ultimement d'améliorer l'expérience et de produire des résultats positifs, entre autres chez les personnes soignées, les membres de l'équipe de soins de santé ou l'organisation en général. La figure 1 est une illustration du modèle conceptuel de développement et maintien du leadership infirmier que propose l'AIIAO (2013).



Source : AIIAO, 2013, p. 16.

Figure 1. Le modèle conceptuel du développement et maintien du leadership infirmier selon l'AIIAO (2013)

Pour l'AIIAO (2013), ce qui est au cœur du modèle, ce sont cinq pratiques de leadership transformationnel, pour tous les rôles et à tous les niveaux, incluant les infirmières et infirmiers qui dispensent des soins directs. Ces pratiques sont essentielles à la transformation des milieux de travail en milieux de travail sains. Les pratiques de leadership transformationnel identifiées sont les suivantes : 1) bâtir des relations de confiance, 2) créer un milieu de travail stimulant c'est-à-dire favorisant l'*empowerment*, 3) créer une culture qui encourage le développement et l'intégration des connaissances, 4) orienter le changement et en assurer la durabilité et 5) équilibrer les complexités du système et gérer les valeurs et les priorités concurrentes.

L'examen du modèle permet de constater que deux facteurs influencent la capacité de chaque personne de faire preuve de leadership. Ce sont les ressources personnelles et le soutien organisationnel. Les ressources personnelles représentent les attributs ou les ressources que les personnes apportent à leur rôle de leadership : l'identité professionnelle, les qualités individuelles, les compétences en leadership, le soutien personnel et professionnel, de même que la formation et le mentorat. Pour ce qui est du soutien organisationnel, l'AIIAO y regroupe la valorisation des soins infirmiers professionnels, les ressources humaines ou financières, le soutien informationnel ou décisionnel ainsi que le climat culturel. L'Association mentionne que le soutien organisationnel constitue un facteur important dans le succès ou l'échec des pratiques de leadership et permet de rendre le leadership infirmier fort et visible.

Enfin, l'AIIAO (2013) situe son modèle dans un contexte où les politiques ou facteurs externes généraux, le contexte socioculturel et le contexte professionnel exercent une influence sur les ressources personnelles et le soutien organisationnel, les pratiques de leadership et les résultats qui surviennent dans les milieux. Pour l'AIIAO (2013), les résultats peuvent être retrouvés chez le patient/client, l'infirmière ou l'infirmier, l'organisation, le système ou l'équipe interprofessionnelle.

Cela termine notre présentation des écrits conceptuels choisis pour notre cadre de référence. Dans la prochaine section, nous exposons les définitions retenues pour les principaux concepts de notre étude.

4. LES DÉFINITIONS

Dans la présente section, nous présentons les définitions retenues au départ dans notre recherche, et qui ont orienté la collecte et l'analyse des données. Ainsi, nous définissons le leadership clinique infirmier, l'infirmière ou l'infirmière ou l'infirmier leader clinique, le développement du leadership et celui de la leader ou du leader.

4.1 Le leadership clinique infirmier

Nous estimons que parmi les nombreuses définitions du leadership clinique infirmier retrouvées dans les écrits recensés, la définition que nous retenons, sans la trouver parfaite, est celle qui se rapproche le plus du leadership clinique infirmier tel que nous le concevons dans notre étude, c'est-à-dire un phénomène social comprenant une dimension intrapersonnelle (leader) et une dimension interpersonnelle (leadership). Il s'agit de la définition que Fealy *et al.* (2011) accordent au leadership clinique exercé par les infirmières et infirmiers :

Le leadership clinique résulte de l'habileté du leader clinique à conjuguer des capacités intrapersonnelles et interpersonnelles, afin d'assurer que les soins soient dispensés efficacement, même en présence de défis contextuels importants, tels que des systèmes de santé complexes et la pénurie de personnel²⁰ (p. 2030).

²⁰ Traduction libre de « *Clinical leadership is a function of the clinical leader's ability to marshal the intrapersonal and the interpersonal capabilities and to ensure that clinical care is effectively provided, even in the face of contextual challenges, such as complex health systems and local workforce shortages* » (p. 2030).

À prime abord, cette définition peut sembler être centrée sur le leader. Ce n'est pas tout à fait le cas, dans le sens où l'accent n'est pas sur les caractéristiques du leader, mais sur les processus qu'il met en œuvre (dimensions intrapersonnelle et interpersonnelle) pour augmenter la capacité de leadership de l'organisation, assurant ainsi la dispensation de soins de qualité, malgré les défis contextuels.

4.2 L'infirmière ou l'infirmier leader clinique

Ici, nous utilisons la définition du leadership clinique infirmier selon Patrick *et al.* (2011), laquelle est centrée sur la leader ou le leader, en particulier sur ses comportements, et l'adaptions pour définir l'infirmière ou l'infirmier leader clinique. Rappelons que la définition du leadership clinique infirmier selon Patrick *et al.* (2011) est : « Un processus de leadership retrouvé dans les comportements professionnels des infirmières [...] Il s'agit des comportements que les infirmières manifestent et qui fournissent une orientation et un soutien autant aux clients qu'à l'équipe de santé qui dispense les soins aux patients »²¹. Une fois adaptée, la définition que nous retenons pour notre recherche est la suivante :

L'infirmière ou l'infirmier leader clinique est une personne qui manifeste des comportements professionnels qui fournissent une orientation et un soutien autant aux personnes soignées et à leurs proches qu'à l'équipe qui dispense les soins ou les services à ces personnes.

Lorsqu'ils parlent des comportements professionnels des infirmières, Patrick *et al.* (2011) font référence aux cinq pratiques de leadership exemplaire que Kouzes et Posner (1995) ont identifiées. Ce sont : a) remettre en question les façons de faire, b) inspirer une vision commune, c) agir comme modèle de rôle, d) permettre aux autres d'agir et e)

²¹ Traduction libre de « *clinical leadership is a process of leadership embedded in the professional practice behaviours of staff nurses [...] staff nurses behaviours that provide direction and support to clients and the health care team in the delivery of patient care* » (p. 450).

manifester de l'humanisme. Inspirée par Patrick *et al.* (2011) et par Kouzes et Posner (1995), nous considérons dans notre recherche que l'infirmière ou l'infirmier leader clinique est une personne qui manifeste, entre autres, ces comportements.

4.3 Le développement du leadership et celui de la leader ou du leader

Pour ce qui est du développement du leadership et celui de la leader ou du leader, nous retenons la perspective de Day *et al.* (2014) à savoir :

Le développement du leadership est par nature multi-niveaux et longitudinal (Day, 2011). Ainsi, étudier ce développement implique de répertorier et de comprendre les changements de *patterns* qui se produisent chez une personne et entre les personnes, ainsi que ceux impliquant des groupes, des équipes ou des collectivités, et ce, au fil du temps [...] Cet accent sur les aspects multi-niveaux et longitudinal signifie que des processus intrapersonnels et interpersonnels sont des éléments clés pour le développement du leadership au fil du temps [...] Le développement du leader (intrapersonnel, accent mis sur le leader) et le développement du leadership (interpersonnel, visant l'amélioration de la capacité de leadership)²² (p. 63 et 64).

Nous considérons que cette définition générale peut s'appliquer au développement du leadership clinique infirmier et à celui de l'infirmière ou l'infirmier leader clinique.

Après avoir présenté les définitions retenues pour les principaux concepts de notre étude, nous précisons, dans la prochaine section, le but et l'objectif de notre recherche.

²² Traduction libre de « *The nature of leadership development is inherently multilevel and longitudinal (Day, 2011). Specifically, studying development involves mapping and understanding within - and between - person change patterns – as well as those involving groups, teams, and larger collectives – over time [...] This longitudinal, multilevel focus means that intrapersonal and interpersonal processes are central to leadership development over time [...] Leader development (intrapersonal, focused on individual leaders) and leadership development (interpersonal, focused on enhancing leadership capacity)* » (p. 63-64).

5. LE BUT ET L'OBJECTIF DE RECHERCHE

Le but de notre recherche est de comprendre le leadership clinique infirmier, et surtout son développement et le développement de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique. Pour ce faire, nous estimons avoir besoin de mieux comprendre les processus impliqués dans le leadership clinique infirmier, et plus particulièrement ceux impliqués dans son développement et dans celui de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique. Pour atteindre ce but, nous identifions cet objectif de recherche :

Décrire les processus de développement du leadership clinique infirmier et ceux du développement de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique, dans une perspective biographique tout au long de la vie, selon des infirmières ou infirmiers reconnus par leurs pairs pour la qualité de leur exercice de ce leadership, qu'il soit ou non relié à un poste de gestion.

Dans notre étude, nous avons considéré la pratique infirmière en contexte de soins communautaires, aussi appelés soins de santé primaires (première ligne et communauté), et ce, non seulement parce que les soins infirmiers communautaires sont appelés à connaître une croissance importante, mais surtout, parce que l'exercice d'un solide leadership clinique y est particulièrement requis (Cameron, Harbison, Lambert et Dickson, 2012; *Community Health Nurses of Canada*, 2013; Mills, Wong, Bhagat, Quail, Triolet et Weber, 2013; Miranda et Martindale, 2013).

En 2006, l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada estimait que 75 % des infirmières et des infirmiers exerceraient leur profession dans le domaine des soins communautaires en 2020 (AIIC, 2006). Le Québec accuse un retard important puisqu'en 2017 seulement 18,5 % des infirmières et infirmiers exerçaient leur profession en soins communautaires (OIIQ, 2017). Cette tendance vers l'exercice infirmier en soins communautaires est toutefois à la hausse et le nombre d'infirmières et infirmiers

travaillant dans le domaine des soins communautaires, appelés par l'OIIQ soins de première ligne, devrait continuer d'augmenter régulièrement.

On ne peut nier qu'il faudra de plus en plus d'infirmières et d'infirmiers capables d'exercer un solide leadership clinique dans la pratique en soins communautaires. Nous croyons que pour pouvoir préparer et soutenir le développement du leadership clinique infirmier et celui de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique en soins communautaires, une meilleure compréhension de ces phénomènes est requise. Pour examiner ces phénomènes, nous avons recueilli le point de vue d'infirmières exerçant un leadership clinique infirmier en soins communautaires. En cohérence avec notre façon de considérer le leadership, c'est-à-dire comme un phénomène social, c'est le point de vue d'infirmières reconnues par leurs pairs pour la qualité de leur exercice du leadership clinique que nous avons recueilli. Dans le prochain chapitre, nous présentons les aspects méthodologiques de notre recherche.

QUATRIÈME CHAPITRE

LA MÉTHODOLOGIE

Dans ce quatrième chapitre, qui comprend six sections, nous exposons la méthodologie utilisée dans notre étude. Nous commençons par présenter notre orientation méthodologique en précisant notre positionnement épistémologique ainsi que la méthode retenue, soit la méthode des récits de vie. Ensuite, dans la deuxième section, nous discutons de la stratégie de recrutement des personnes participantes.

Dans la section suivante, soit la troisième, il est question de la démarche de recueil des données. Le but de notre recherche étant de décrire le développement du leadership clinique infirmier et celui de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique tout au long de la vie, une première analyse a été faite après chaque entretien narratif avec une personne participante avant de passer à l'entretien suivant. C'est pourquoi nous parlons de démarche concomitante de recueil et de première analyse des données obtenues, lors d'un entretien narratif, avant de passer au suivant. Toujours dans la troisième section, nous traitons du guide évolutif pour les entretiens narratifs, du déroulement de ces entretiens ainsi que de leur transcription. Nous consacrons la dernière partie de cette troisième section à la manière dont nous avons procédé pour la rédaction des récits de vie à partir des entretiens narratifs et à leur validation par les personnes participantes.

La quatrième section porte sur notre démarche d'analyse et d'interprétation des données pour répondre à l'objectif de recherche par l'analyse approfondie de chaque récit de vie, suivie d'une analyse comparative entre les récits, soit une analyse transversale. Dans la cinquième section de ce chapitre sur la méthodologie il est question de la scientificité de notre recherche tandis que dans la sixième et dernière section, nous présentons les considérations éthiques de notre recherche.

1. LE POSITIONNEMENT ÉPISTÉMOLOGIQUE : UN RECOURS À LA MÉTHODE DES RÉCITS DE VIE

Nous avons eu recours aux récits de vie pour l'étude du développement du leadership clinique infirmier et celui de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique. En considérant, au moyen des récits de vie des personnes participantes, l'expérience intérieure de ces personnes exerçant un leadership clinique infirmier, nous avons tenté de mieux comprendre les processus de développement du leadership clinique infirmier et ceux liés au développement de l'infirmière ou l'infirmier leader clinique, dans une perspective biographique.

L'approche biographique par la méthode des récits de vie puise ses origines dans deux disciplines, soit l'histoire et la sociologie. Pour ce qui est de l'histoire, Sanséau (2005) soutient que « l'utilisation de la biographie et de l'autobiographie constitue une démarche classique afin de découvrir et d'apporter un sens à des événements particuliers achevés ou vécus par les acteurs » (p. 35). Pour ce qui est de l'origine sociologique de l'approche biographique par la méthode des récits de vie, nous devons aller du côté du courant sociologique connu sous le nom d'École de Chicago.

Delory-Momberger (2000) écrit que dans l'esprit des fondateurs de l'Université et du département de sociologie et d'anthropologie de l'Université de Chicago, le savoir que le sociologue construit à partir d'enquêtes menées sur le terrain devait permettre d'apporter des solutions aux problèmes de la société. Les sociologues utilisaient entre autres démarches, l'histoire de vie (*life history*) des sujets vivant les situations ou phénomènes étudiés. Ils désiraient comprendre leur expérience, de l'intérieur.

La méthode des histoires de vie a connu beaucoup de succès dans le champ sociologique français, avec en tête Daniel Bertaux qui l'a renommée, en 1976, « récits de vie ». Selon cet auteur, le terme « histoire de vie » présentait l'inconvénient de ne pas

distinguer entre l'histoire vécue par une personne et le récit qu'elle pouvait en faire; il estime que cette distinction est essentielle (Bertaux, 2016).

Bertaux considère qu'il y a du récit de vie dès qu'une personne décrit sous forme narrative un fragment de son expérience vécue. Il ajoute que l'orientation donnée (par le chercheur) à l'entretien narratif vers la description de situations et de pratiques « en situation » permet de générer des connaissances objectives sur la base de témoignages par nature subjectifs (Bertaux, 2016).

Bertaux (2016) identifie les objets d'étude d'enquêtes effectuées à l'aide des récits de vie : les mondes sociaux, les catégories de situation et les trajectoires sociales ou types de parcours biographiques. Ces objets d'étude sont décrits ci-dessous :

- A. Les mondes sociaux : un monde social – ou mésocosme – est bâti autour d'un type d'activité particulière (par exemple, la boulangerie, les transports routiers, le journalisme, etc.). L'hypothèse centrale ici est que les logiques qui régissent l'ensemble d'un mésocosme sont également à l'œuvre dans chacun des microcosmes qui le composent. Ainsi, en observant de façon approfondie un seul ou quelques-uns des microcosmes, on devrait être en mesure de saisir les logiques sociales du mésocosme lui-même;
- B. Les catégories de situation : par exemple, les mères élevant seules leurs enfants, les agriculteurs célibataires, les personnes sans domicile, etc. La méthode des récits de vie est pertinente et efficace puisque les données recueillies permettent de comprendre par quels mécanismes et processus les individus étudiés ont pu parvenir à telle ou telle situation et par quels moyens ils tentent de la gérer;
- C. Les trajectoires sociales ou types de parcours biographiques : étudiées par la méthode des récits de vie, les trajectoires doivent s'appliquer à des objets sociaux particulièrement bien cernés. Par exemple, comment on devient homme ou femme politique, infirmière, camionneur, ou encore toxicomane.

Dans le cadre de la présente étude, nous avons fait ce que Bertaux (2016) appelle une enquête par études de cas, au moyen de récits de vie, afin de mieux comprendre le leadership clinique infirmier, son développement et celui de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique, et ce, dans une perspective tout au long de la vie. Nous estimons que l'objet de notre recherche appartient au regroupement que Bertaux (2016) appelle « les catégories de situation ». Selon cet auteur, les récits de vie comme forme de recueil de données empiriques permettent de saisir les caractéristiques profondes d'une situation sociale, notamment les tensions qui les traversent et les caractérisent; ils permettent aussi de découvrir par quels mécanismes et processus des sujets en sont venus à se retrouver dans une situation sociale donnée. Dans notre étude, la situation sociale donnée est celle des « infirmières et infirmiers exerçant un leadership clinique infirmier » et les mécanismes et processus par lesquels des personnes en sont venues à se retrouver dans cette situation sociale sont ceux liés au développement du leadership clinique infirmier et à celui de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique.

Le recours aux histoires de vie ou aux récits de vie peut viser différents objectifs, comme aider des adultes en formation à prendre conscience de leur cheminement tout au long de la vie. Nous associons ce mouvement à des auteurs tels que Gaston Pineau, Jean-Marc Pilon, Danielle Desmarais, Christine Delory-Momberger, ou Pierre Dominicé. Dans notre recherche, nous n'avons pas utilisé les récits de vie en ce sens. Nous les avons utilisés au sens de Bertaux, c'est-à-dire pour mieux comprendre une situation sociale et mieux comprendre les processus de développement des infirmières leaders cliniques

Nous avons toutefois retenu Dominicé (2007) dans notre méthodologie parce qu'il propose une approche pour élaborer ce qu'il appelle une « biographie éducative ». Pour cet auteur, la biographie éducative est un instrument de recherche en même temps qu'un outil pédagogique. Il considère que le recours à la biographie éducative convient particulièrement bien à l'étude des processus au travers desquels les adultes se forment. Il a utilisé, par exemple, la biographie éducative auprès d'étudiantes et d'étudiants de

deuxième cycle à la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de l'Université de Genève. Ces étudiantes et étudiants sont généralement des professionnels du domaine de l'enseignement supérieur, de la santé, du travail social ou de la formation continue des adultes. Chaque étudiante ou étudiant devait faire d'abord, son récit de vie sous forme orale, en insistant particulièrement sur sa formation. Puis, il devait écrire son récit de vie. Le récit de vie était sollicité par une question formulée en termes très généraux, comme par exemple : « Comment me suis-je formé au cours de ma vie? » Le but visé par cette démarche était la compréhension des processus de formation. Nous avons utilisé une démarche semblable pour l'examen des processus de développement de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique, mais, au lieu de demander aux personnes participantes de rédiger elles-mêmes leur biographie éducative, nous avons analysé le verbatim des entretiens à la lumière de la démarche que propose Dominicé (2007) puis avons reconstitué le récit de vie, incluant la biographie éducative, de chaque participante.

Dans la prochaine section de ce chapitre consacré à la méthodologie utilisée dans notre étude, nous présentons la stratégie de recrutement des personnes participantes à notre recherche.

2. LA STRATÉGIE DE RECRUTEMENT DES PARTICIPANTES ET PARTICIPANTS

Cette section présente la sélection et le recrutement des personnes participantes à l'étude ainsi que le profil des personnes qui ont accepté d'y participer. Mais avant de traiter de la sélection des personnes participantes, il importe de présenter brièvement l'organisation du système de santé québécois afin de situer le travail de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique en soins communautaires.

Dans le système de santé québécois, outre le ministre lui-même, deux paliers assurent les responsabilités de gouvernance : a) un palier central, le ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (MSSSQ), qui régule et coordonne l'ensemble du

système de santé et des services sociaux, distribue les ressources financières et évalue les résultats, et b) un palier plus régional ou local qui assure l'accessibilité, la prise en charge, le suivi et la coordination des services destinés à la population des différents territoires desservis. Au palier régional ou local, c'est au moyen des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) et des Centres hospitaliers universitaires et Instituts universitaires non fusionnés, que les services de santé et les services sociaux sont assurés (MSSSQ, 2015). Toujours à ce palier, nous retrouvons aussi les cliniques médicales y compris les groupes de médecine familiale, les pharmacies communautaires, les établissements et autres ressources privées de même que les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale (MSSSQ, 2015). Soulignons que les constituantes d'un CISSS ou d'un CIUSSS sont les centres locaux de santé communautaire (CLSC), les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et les centres hospitaliers (CH). L'ensemble de ces instances assure les soins et les services de santé et ceux en soins communautaires se déclinent en différents programmes comme celui consacré aux personnes ayant une perte d'autonomie liée au vieillissement, celui portant sur les services aux femmes enceintes et aux jeunes familles ou encore celui portant sur les services à la jeunesse. Dans la prochaine sous-section, nous expliquons notre processus de sélection des personnes participantes.

2.1 Les critères de sélection des participantes et participants

Puisque nous considérons le leadership clinique infirmier comme un phénomène social, nous avons voulu examiner de près le développement du leadership clinique infirmier et celui de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique, du point de vue d'infirmières ou d'infirmiers reconnus par leurs pairs pour la qualité du leadership clinique qu'elles ou qu'ils exercent en soins communautaires. Il pouvait s'agir d'un leadership formel (infirmière ou infirmier occupant un poste de gestion ou de coordination) ou non formel (infirmière ou infirmier dispensant des soins directs aux

personnes). Nous avons établi des critères de sélection et ouvert le recrutement aux personnes répondant à ces critères.

Le premier critère était d'être identifié par des pairs comme étant une personne exerçant un leadership clinique infirmier de qualité. Pour déterminer les indicateurs liés à un leadership clinique infirmier « de qualité », nous avons utilisé les pratiques de leadership exemplaire identifiées par Kouzes et Posner (1995) : a) remettre en question les façons de faire, b) inspirer une vision commune, c) agir comme modèle de rôle, d) permettre aux autres d'agir via la collaboration, la création d'une relation de confiance, le partage d'informations et e) manifester de l'humanisme, par exemple en reconnaissant la contribution des autres et en entretenant le moral de l'équipe. Ce sont ces indicateurs que nous avons présentés aux infirmières et aux infirmiers appelés à identifier des personnes qu'elles et qu'ils considèrent comme exerçant un leadership clinique de qualité.

Nous avons choisi de présenter des indicateurs connus reliés à l'exercice d'un leadership de qualité puisque le but de notre recherche n'était pas d'étudier les perceptions des infirmières et infirmiers quant aux indicateurs de l'exercice d'un leadership clinique infirmier de qualité. Toutefois, si des infirmières ou des infirmiers voulaient ajouter un ou des indicateurs à ceux qui avaient été fournis, ou encore si elles ou ils préféraient utiliser des indicateurs différents, il était possible de le faire.

Comme autre critère de sélection, nous avons établi que la personne participante devait être capable de s'exprimer en français, puisque notre étude implique le recueil de récits de vie. De plus, la personne participante devait être une infirmière ou un infirmier à l'emploi de l'un des deux CISSS considérés dans l'étude. Le type de diplôme obtenu n'était pas un critère de sélection, ni l'âge ou le genre, ni le fait d'avoir un nombre minimal d'années d'expérience comme infirmière ou infirmier.

2.2 Le recrutement

Encadré 3

Le processus de recrutement des personnes participantes

Pour le recrutement d’infirmières ou d’infirmiers reconnus par leurs pairs pour la qualité de leur exercice du leadership clinique, nous avons procédé en quatre étapes. Les grandes étapes du déroulement du processus sont retrouvées à l’encadré 3; nous les expliquons par la suite. **Première étape – deux CISSS**

- a) Rencontre avec la personne responsable des soins infirmiers communautaires pour chacun des deux CISSS
- b) Identification par ces personnes des services infirmiers considérés dans l’étude
- c) Identification des personnes responsables de ces services dans deux CLSC, un pour chacun des CISSS

Deuxième étape – un CLSC pour chacun des CISSS

- a) Rencontre avec les personnes responsables des services identifiés pour chacun des CLSC
- b) Décision quant aux moments, dates et heures, pour les rencontres avec les équipes d’infirmières et infirmiers

Troisième étape – deux équipes pour chacun des CLSC

- a) Rencontre avec les équipes d’infirmières et d’infirmiers dans les CLSC : deux équipes en soins infirmiers en santé scolaire, une en périnatalité et petite enfance et une autre en soins à domicile
- b) Identification d’infirmières exerçant un leadership clinique infirmier de qualité

Quatrième étape – Rencontres individuelles

Rencontres individuelles pour un entretien avec chacune des dix infirmières identifiées par ses pairs le plus souvent, comme exerçant un leadership clinique infirmier de qualité

2.2.1 Première étape : rencontre avec la personne responsable des soins infirmiers communautaires pour chacun des deux CISSS

Dans un premier temps, après approbation des comités scientifiques et éthiques, nous avons communiqué par courriel avec la personne responsable des soins infirmiers communautaires, pour chacun des deux CISSS situés en banlieue de Montréal (annexe A). Nous avons choisi d'avoir des accès dans deux CISSS pour deux raisons : pour augmenter nos chances d'obtenir un nombre suffisant de personnes qui répondrait aux critères de sélection et, surtout, nous voulions recueillir les récits de vie de personnes exerçant un leadership clinique infirmier dans des contextes variés et dans des sites différents, comme le recommande Bertaux (2016) pour l'étude d'une catégorie de situation sociale. Boutin (2011) suggère de déterminer au départ un nombre « convenable » (p. 36) de personnes participantes, qu'il faudra augmenter ou diminuer selon le niveau de saturation atteint. Il rappelle que plusieurs auteurs recommandent de respecter « le principe de saturation théorique selon lequel il est conseillé de ne pas ajouter de nouvelles données quand ces dernières ne fournissent plus d'éléments nouveaux à la recherche » (Boutin, 2011, p. 36). Au départ, nous voulions construire un groupe d'au moins dix personnes participantes. Lorsque nous avons obtenu le dixième récit de vie, il nous a semblé que la saturation théorique avait été atteinte. Nous retenons qu'au-delà du principe de saturation théorique, la question de la profondeur de la démarche doit aussi être considérée dans le choix du nombre de personnes participantes (Boutin, 2011).

Le courriel envoyé aux personnes responsables des soins infirmiers communautaires pour chacun des deux CISSS avait pour but de solliciter une rencontre afin de présenter notre projet de recherche. Après avoir obtenu une réponse rapide favorable de leur part, des rencontres d'une heure environ ont été tenues avec chacune d'elles. Nous avons alors exploré la possibilité de rencontrer les infirmières et les infirmiers en soins communautaires lors de réunions d'équipe.

Ces réunions d'équipe sont tenues à différentes périodes de l'année en CLSC et peuvent rassembler plusieurs personnes. Avec les personnes responsables des soins infirmiers au niveau des deux CISSS, nous avons convenu que ce serait lors de rencontres d'équipe en CLSC, réunissant les infirmières et infirmiers des différents services de soins infirmiers, que nous présenterions notre projet de recherche. Par la même occasion, nous demanderions à ces personnes d'identifier des infirmières ou infirmiers exerçant un leadership clinique infirmier de qualité.

Ce sont ces personnes responsables des soins infirmiers au niveau des CISSS qui ont identifié les services qui seraient considérés dans notre étude. Ces personnes ont ensuite communiqué avec les responsables de ces services sur le terrain, dans les CLSC, pour les informer de notre projet. Les services de soins infirmiers ciblés par les responsables des soins infirmiers communautaires au niveau des CISSS sont : les services infirmiers en périnatalité et petite enfance et ceux en santé scolaire pour le premier CISSS, et pour le deuxième CISSS, les services infirmiers en soins à domicile et ceux en santé scolaire. Nous avons convenu avec les responsables des soins infirmiers au niveau des CISSS qu'au besoin, d'autres services seraient sollicités plus tard. Nous avons ensuite communiqué avec les personnes responsables des services identifiés, dans les CLSC.

2.2.2 Deuxième étape : rencontre avec les personnes responsables des services identifiés pour chacun des CLSC

Adoptant la même démarche que celle utilisée avec les responsables des soins infirmiers communautaires au niveau des CISSS, nous avons communiqué par courriel avec les personnes assumant la responsabilité, sur le terrain en CLSC, des équipes dispensant des services infirmiers en périnatalité et petite enfance ainsi qu'en santé scolaire dans le premier CISSS, puis avec les personnes assumant cette responsabilité pour les services infirmiers en soins à domicile et en santé scolaire dans le deuxième CISSS (annexe B). Avec ces personnes, nous avons convenu des moments, dates et heures, pour une présentation d'une trentaine de minutes de notre projet de recherche lors

de rencontres d'équipe d'infirmières et d'infirmiers. Les paragraphes ci-dessous portent sur ces rencontres d'équipe.

2.2.3 *Troisième étape : rencontre avec les équipes d'infirmières et infirmiers dans les CLSC*

Nous avons présenté notre projet de recherche à quatre équipes d'infirmières et infirmiers travaillant en CLSC, en commençant par l'équipe en santé scolaire suivie de celle en périnatalité et petite enfance dans le premier CISSS. Puis nous sommes allée dans l'autre CISS et avons rencontré l'équipe des infirmières en santé scolaire puis celle des infirmières en soins à domicile. Les rencontres d'équipe se sont déroulées entre novembre 2014 et janvier 2015. Un document résumant notre projet de recherche a été remis aux personnes présentes (annexe C).

Les infirmières et infirmiers ont été appelées et appelés à identifier sur place, de manière individuelle et par écrit, les personnes qu'elles reconnaissent comme exerçant un leadership clinique infirmier de qualité, qu'il soit formel ou non formel. Les infirmières et infirmiers ont utilisé les indicateurs proposés par la chercheuse en soulignant qu'il était très intéressant de voir, résumé en peu de mots, ce qu'elles ou qu'ils apprécient chez les personnes qui exercent un leadership mais qu'elles ou qu'ils n'arrivent pas toujours à nommer. Certaines infirmières ont ajouté quelques indicateurs tels que « la rigueur », « le travail dans une optique d'amélioration continue de la qualité des soins » ou « la transmission des nouveautés ». Si des infirmières ou infirmiers voulaient prendre un peu plus de temps de réflexion et identifier plus tard les personnes qu'elles et qu'ils considéraient comme exerçant un leadership clinique infirmier de qualité, il était possible de le faire. Nous avons remis nos coordonnées à toutes les infirmières et les infirmiers présents lors des rencontres d'équipe et celles-ci et ceux-ci ont été encouragés à communiquer avec nous dans les 48 heures. Seul un petit nombre d'infirmières ont utilisé cette option, la grande majorité des personnes ayant répondu sur place.

Nous avons présenté notre projet de recherche aux quatre équipes d'infirmières et d'infirmiers avant de commencer à inviter les personnes identifiées à participer à notre recherche. Nous voulions que les personnes participantes aient été identifiées par plusieurs collègues. Ainsi, c'est seulement après avoir présenté notre projet de recherche aux quatre équipes d'infirmières et d'infirmiers que nous avons compilé les informations. Les personnes identifiées par leurs collègues l'ont été entre une fois et 19 fois, autrement dit, certaines infirmières ou infirmiers ont été identifiées par un seul ou une seule autre collègue alors que d'autres infirmières ont été identifiées par plusieurs collègues, ce nombre est allé jusqu'à 19 personnes.

2.2.4 *Quatrième étape : rencontres individuelles avec les infirmières identifiées par leurs pairs comme exerçant un leadership clinique de qualité*²³

Pour recruter les personnes participantes à notre recherche, nous avons tenu compte du nombre de fois qu'une personne avait été identifiée par ses pairs. Il nous semblait que cela traduisait une reconnaissance plus évidente de l'exercice d'un leadership clinique infirmier de qualité. Nous avons construit une liste d'une quinzaine d'infirmières en commençant par celles qui avaient été identifiées par le plus grand nombre de personnes. Rappelons que dans notre recherche, nous étudions une catégorie de situation sociale au sens de Bertaux (2016), la situation sociale en question étant « les infirmières et infirmiers exerçant un leadership clinique infirmier », que celui-ci soit formel ou non formel, c'est-à-dire relié à un poste de gestion ou de coordination ou non. Bertaux (2016) recommande que pour l'étude d'une catégorie de situation sociale au moyen de récits de vie, des points de vue différents soient obtenus afin d'enrichir les données sur la situation sociale étudiée. En ce sens, nous visions à ce que les personnes

²³ Aucun infirmier n'ayant été identifié par un nombre suffisant de personnes, comme une personne exerçant un leadership clinique infirmier de qualité, les personnes participantes à notre recherche sont uniquement des femmes. C'est pourquoi lorsque nous référons aux personnes participantes à notre recherche, nous parlons seulement d'infirmières.

participantes à notre recherche proviennent des deux CISSS considérés dans l'étude et soient rattachées à différents services de soins infirmiers communautaires.

En créant la liste de personnes à inviter pour participer à notre recherche, nous avons considéré d'abord le nombre de fois qu'elles avaient été identifiées par leurs pairs. Nous avons constaté qu'il y avait dans cette liste, des infirmières provenant des deux CISSS considérés et des différents secteurs d'activité clinique. De plus, dans cette liste d'infirmières appelées à participer à notre recherche, il y avait presque autant d'infirmières occupant un poste dans lequel elles exercent un leadership formel que d'infirmières occupant un poste dans lequel elles exercent un leadership non formel. Mentionnons que le leadership non formel réfère au leadership exercé par les infirmières ou infirmiers dispensant des soins directs aux personnes.

Avec cette liste en main, nous avons commencé à faire les invitations aux infirmières pour participer à notre recherche. Nous avons communiqué par courriel avec une première infirmière d'un premier CISSS pour solliciter sa participation à la recherche. Les buts et les modalités de l'étude lui ont présentés, de même que les informations nécessaires à une prise de décision éclairée quant à sa participation ou non au projet de recherche (annexe D). En attente d'une réponse, nous avons invité une deuxième infirmière, celle-là de l'autre CISSS et d'un autre secteur d'activité clinique. Puis, nous en avons invité une troisième. Puisque nous voulions utiliser une démarche concomitante de recueil et d'analyse des données et parce que cela convenait aux infirmières participant à la recherche, nous avons espacé les premiers entretiens d'au moins deux semaines afin de pouvoir procéder à une première analyse des données recueillies et à un ajustement possible du guide d'entretien avant de passer à l'entretien suivant. Au total, nous avons fait dix entretiens narratifs. Les informations quant au profil des participantes sont présentés au tableau 2.

Tableau 2
Le profil des participantes à la recherche

Âge	Années d'expérience comme infirmière	Exercice du leadership formel (poste de gestion ou de coordination) ou non formel (soins directs)	Plus haut diplôme en sciences infirmières obtenu	Secteur d'activité clinique au moment du recrutement
20-29 ans : 1	< 10 ans : 1	Leadership formel : 4	Baccalauréat : 8	Soins en santé scolaire : 4
30-39 ans : 2	10-20 : 2	Leadership non formel : 6	Maîtrise : 2	Soins en périnatalité et petite enfance : 3
40-49 ans : 4	21-30 : 4			Soins à domicile : 2
50-59 ans : 3	31-40 : 3			Autre (toute clientèle) : 1

Après avoir présenté les participantes à notre étude, nous allons maintenant préciser notre démarche concomitante de recueil et de première analyse des données.

3. LA DÉMARCHE CONCOMITANTE DE RECUEIL ET DE PREMIÈRE ANALYSE DES DONNÉES

Cette section comprend quatre sous-sections. Dans la première sous-section, il est question du type d'entretien pour le recueil des données, à savoir l'entretien narratif. La sous-section suivante traite du guide pour l'entretien narratif. Quant à la troisième sous-section, elle est consacrée au déroulement des entretiens narratifs et à leur transcription. La quatrième sous-section présente la rédaction des récits de vie à partir des entretiens narratifs et leur validation par les participantes.

3.1 L'entretien narratif

Le recueil des récits de vie a été effectué à l'aide d'un entretien narratif. Pour Bertaux (2016), ce type d'entretien comprend deux parties. Dans la première partie, la personne est invitée à se raconter, elle est encouragée à s'approprier la maîtrise de l'entretien. L'entretien narratif doit permettre de recueillir les propos d'une personne qui se raconte. Quant à la deuxième partie de l'entretien, c'est la partie proprement narrative. L'utilisation d'un guide d'entretien dans cette partie de l'entretien n'est pas recommandée : Bertaux (2016) soutient que ce n'est qu'à la fin de cette deuxième partie, et s'il reste du temps, que le chercheur consulte son guide d'entretien, qu'il appelle guide d'enquête. C'est ce que nous avons tenté de faire le plus possible, mais nous devons reconnaître que ce n'est pas facile. Nous croyons que la compétence à effectuer un entretien narratif dans un contexte de recherche se développe avec le temps et l'expérience. Nous avons essayé de réduire au minimum les questions directes aux personnes participantes et de les encourager plutôt à s'exprimer grâce à des questions de relance ouvrant des portes vers les points que nous voulions aborder dans l'entretien.

Plusieurs auteurs, dont Boutin (2011), Bertaux (2016) et Alheit (1982 dans Merrill et West, 2009) insistent sur l'importance de bien se préparer pour l'entretien et de clarifier le but dès le départ. Bertaux (2016) propose de tenir un cahier de terrain dans lequel sont consignées toutes sortes d'informations en lien avec les entretiens comme par exemple les démarches, les rencontres, les résultats, les observations, les réflexions, etc. Nous avons documenté dans un cahier de terrain, après chaque entretien, notre préparation, le climat et le déroulement de l'entretien comme tel ainsi que nos réflexions sur cet entretien. Nous avons aussi porté une attention particulière sur des données telles que le langage non-verbal de la personne, les sentiments ou émotions qu'elle semblait vivre lors de l'entretien, les sujets qu'elle a semblé vouloir éviter lorsque cela semblait être le cas et les avons consignées dans le cahier de terrain. Dans la prochaine sous-section, nous traitons du guide utilisé lors des entretiens narratifs avec les personnes participantes.

3.2 Le guide pour les entretiens narratifs

Pour recueillir les données, Bertaux (2016) considère qu'on doit élaborer un guide d'enquête et qu'il ne s'agit pas d'un questionnaire ni d'un guide d'entretien thématique. Il s'agit plutôt d'une courte liste de points à aborder, mais seulement à la fin de l'entretien si la personne n'en a pas parlé. Dans le cadre de notre recherche, les points à aborder lors de l'entretien narratif ont été en lien avec notre objectif de recherche, à savoir : 1) la situation sociale étudiée, c'est-à-dire celle des « infirmières et infirmiers exerçant un leadership clinique infirmier », et ce, afin de comprendre les caractéristiques de cette situation du point de vue de celles et ceux qui la vivent, et 2) les processus de développement du leadership clinique infirmier et de développement de l'infirmière leader clinique. Dans notre approche, qui est biographique, nous avons porté attention aux processus d'apprentissage, effectués en contextes formels, non formels ou informels, que les infirmières ont pu vivre pour en arriver à exercer un leadership clinique infirmier dont la qualité est reconnue par les pairs.

Notre guide pour les entretiens narratifs est présenté en annexe (annexe E). En fait, il serait plus juste de parler de la version de départ de ce guide. Bertaux (2016) soutient qu'un guide d'enquête utilisé pour des entretiens narratifs est évolutif. Cet auteur souligne qu'en passant d'une personne à l'autre dans une étude, le chercheur ne posera pas les mêmes questions qu'au début. Nous avons constaté, en effet, que dans une démarche compréhensive pour mieux atteindre notre objectif de recherche, l'analyse d'un entretien nous a portée à identifier des points à préciser ou à approfondir dans l'entretien suivant. À l'annexe E, nous présentons aussi la version utilisée pour le dixième et dernier entretien. Soulignons qu'afin de mettre notre guide à l'essai et d'optimiser notre préparation aux entretiens narratifs, nous avons effectué un entretien-pilote.

Après avoir traité de notre guide pour les entretiens narratifs nous présentons maintenant le déroulement des entretiens ainsi que leur transcription.

3.3 Le déroulement des entretiens narratifs et leur transcription

3.3.1 Le déroulement des entretiens narratifs

L'heure et l'endroit où se sont tenus les entretiens étaient au choix de la personne participante. Il y avait cependant certaines conditions : que l'endroit assure la discrétion, la confidentialité et la tenue de l'entretien sans perturbations et hors des heures de travail de la personne participante, et que l'endroit ne soit ni le bureau de la participante ni le bureau de la doctorante à l'Université. Six entretiens se sont déroulés à l'Université dans un local neutre en respectant ces conditions, deux autres dans le milieu de travail des participantes et deux autres encore dans un café assurant le respect des conditions. Au total, dix rencontres d'environ une heure trente chacune ont été effectuées, la saturation des données nous semblant avoir été atteinte avec le dixième entretien. Les entretiens, qui ont été effectués entre avril et septembre 2015, se sont tous déroulés de façon très agréable. Les infirmières ont semblé apprécier avoir l'occasion de parler d'elles-mêmes, de leurs points de vue et de leurs parcours de vie, pendant environ une heure trente. Certaines l'ont exprimé ouvertement.

3.3.2 La transcription des entretiens narratifs

L'entretien narratif avec chaque personne a été enregistré, avec son consentement. Chaque entretien narratif a été transcrit mot à mot. Cette transcription nous semblait essentielle pour arriver à reconstituer « la structure diachronique du parcours » de chaque participante (Bertaux, 2016, p. 86), c'est-à-dire la séquence logique des événements vécus par la participante. Cette étape de travail nous a permis de rédiger un récit de vie, au « je », pour chaque personne participante. La prochaine sous-section est consacrée à la manière dont nous avons procédé pour la rédaction de ces récits de vie.

3.4 La première démarche d'analyse : reconstitution des récits de vie par la doctorante à partir du verbatim des entretiens narratifs et leur validation

D'abord, précisons qu'aucun logiciel d'aide à l'analyse qualitative n'a été utilisé, ni pour la première démarche d'analyse ni pour la deuxième, que nous verrons dans la prochaine section. À l'instar de Paillé (2011), notre conception de l'analyse qualitative s'apparente au travail d'un « artisan » et « l'artisan est celui qui travaille avec des outils très peu mécanisés » (p. 6).

Pour analyser le verbatim des entretiens, nous avons considéré la démarche que propose Dominicé (2007). Cet auteur recommandait aux étudiantes et étudiants qui participaient à son cours à la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de l'Université de Genève de documenter quatre éléments pour construire ce qu'il appelle la biographie éducative : 1) les moments-clés de leur parcours, 2) les thèmes porteurs, 3) les significations sous-jacentes à ce qui est dit et 4) la singularité ou ce qui fait l'unicité de la personne. Ainsi, nous avons cherché à repérer ces quatre éléments dans l'écoute de chaque entretien narratif, dans les transcriptions du verbatim de ces entretiens ainsi que dans les notes prises dans notre cahier de terrain. Cela a constitué notre première approche d'analyse des entretiens et a représenté une étape essentielle pour la reconstitution des récits de vie.

Pour reconstituer le récit de vie de chaque personne participante, nous avons considéré l'approche du sociologue Bertaux (2016) qui préconise la reconstitution de la structure diachronique d'un parcours de vie à partir d'un entretien narratif. Selon cet auteur, « la diachronie concerne l'ordre temporel *relatif* des événements, leurs relations avant/après. La chronologie concerne leur datation “ absolue ” en terme de millésimes (1968, 1981, 2011, 2005 ...) ou en termes d'âge²⁴ [...] » (p. 84). Les personnes ne se racontant pas nécessairement dans un ordre temporel et cohérent, pour reconstituer les

²⁴ C'est l'auteur qui met le mot relatif en italiques et le mot absolue entre chevrons.

récits de vie à partir des entretiens narratifs, il a fallu retrouver la structure diachronique de chaque parcours de vie.

Il nous a semblé que cette approche pour faire la reconstitution des récits de vie était cohérente avec notre regard sociologique sur le leadership clinique infirmier (en référence à Bertaux, 2016), et notre regard en éducation sur les processus de développement de ce leadership et sur les processus de développement de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique (en référence à Dominicé, 2007). Une fois le récit de vie reconstitué par la doctorante et rédigé, au « je », il a été présenté à la personne participante. Il s'agissait de s'assurer que la personne se reconnaissait, qu'elle reconnaissait ses propos et son parcours de vie dans ce texte d'une dizaine de pages. Un deuxième entretien, celui-là pour la validation du récit et d'une durée d'environ 30 minutes, a été effectué par téléphone, au moment qui convenait le mieux à la personne participante. Cet entretien a été tenu environ une semaine après que celle-ci ait reçu son récit de vie par courriel. Le guide pour cet entretien de validation est présenté en annexe (annexe F).

Outre la reconstitution de la structure diachronique du parcours de vie des personnes participantes, la reconstitution des récits de vie nous a aussi permis d'avoir une première idée des caractéristiques du leadership clinique infirmier et des processus de développement de ce leadership ainsi que de celui de l'infirmière leader clinique. Nous pouvions identifier, dans un entretien narratif donné, des points à clarifier ou à approfondir dans l'entretien suivant. Notre guide pour l'entretien narratif était ajusté en conséquence, il évoluait et notre compréhension du développement du leadership clinique infirmier et de celui l'infirmière leader clinique se construisait peu à peu.

Au départ, nous avions prévu que le récit de vie reconstitué par la doctorante serait envoyé à la personne participante dans un délai de deux ou trois semaines après l'entretien narratif. Cela s'est avéré irréaliste, nous avons sous-estimé le temps requis pour la rédaction des récits de vie reconstitués. Ainsi, pour ce qui est de la première jusqu'à la

cinquième participante, le délai entre l'entretien et l'envoi du récit a été de cinq à dix semaines plutôt que de deux ou trois. En ce qui concerne la sixième participante jusqu'à la dixième, le délai entre l'entretien et l'envoi du récit de vie reconstitué a été de 47 semaines jusqu'à un an et demi²⁵. Mentionnons que dans l'attente de l'envoi des récits de vie aux personnes participantes, la doctorante a gardé contact avec celles-ci, les informant d'un délai dans l'envoi des récits. Enfin, ajoutons que quand les récits de vie ont finalement été envoyés aux cinq dernières personnes participantes, toutes ont accepté le deuxième entretien, soit celui pour valider les récits de vie reconstitués par la doctorante. Elles semblaient avoir un souvenir clair des entretiens que nous avons eus et n'ont proposé, comme ce fut le cas pour les cinq premières participantes, que quelques modifications mineures aux récits de vie reconstitués.

Ci-dessous, nous présentons deux exemples qui illustrent notre première démarche d'analyse, soit celle assurant le passage du verbatim de l'entretien à la reconstitution du récit de vie.

Premier exemple : Julie, à propos d'un apprentissage important en lien avec l'exercice du leadership

Extrait du verbatim de l'entretien :

« J'ai appris que je ne pouvais pas être bonne dans tout. Une des choses que ma ... , une des bonnes choses que ma boss me disait tout le temps, c'est que je ne pouvais pas être une experte dans tout et que moi j'étais plus une experte du gabarit et les gens avec qui je travaillais ou les gens de « terrain », c'était plus, ils étaient plus experts du contenu et ça, ça m'a beaucoup aidée quand je suis arrivée dans un milieu comme [nom du milieu clinique] où j'avais la première ligne pis moi j'ai été une fille de médecine chirurgie toute ma vie mais j'ai appris à les écouter, à comprendre, à comprendre leur fonctionnement avant de pouvoir les aider ».

²⁵ Des circonstances d'ordre personnel nous ayant obligée à réduire considérablement notre engagement dans la recherche.

Extrait du récit de vie reconstitué :

« J'ai compris que je ne peux pas être bonne dans tout, que je ne peux pas être experte dans tout. C'est ma supérieure qui m'a aidée à comprendre cela. Elle m'a aidée à comprendre que je peux être l'experte du « gabarit » (par exemple, être capable d'élaborer une règle, une méthode de soins ou une ordonnance collective), mais que d'autres personnes, celles-là plus près du terrain, sont les expertes du contenu. Comprendre cela m'a beaucoup aidée. Quand j'ai compris que c'était correct que je ne sache pas tout, j'ai été plus à l'aise pour exercer mon leadership. Je travaille beaucoup avec les infirmières de terrain ».

Deuxième exemple : Maude, à propos de l'expérience d'avoir eu une mentor

Extrait du verbatim de l'entretien :

« J'avais un bon lien avec ma supérieure, ma chef de programme qui me « feedait » beaucoup, qui me donnait des questions, qui était présente, ça ça m'a aidée beaucoup [...] Je pense qu'elle a vu ça en moi, peut-être un petit peu avant moi, que j'avais les aptitudes [...] C'est sûr qu'elle me demandait souvent mon opinion, on réfléchissait souvent ensemble dans le bureau [...] oui, ça a été un mentor pour moi dans un certain sens. Puis elle avait une très très très très très grande rigueur, que j'ai appris, parce que moi j'en avais moins. Elle était très cartésienne, les chiffres, l'analyse [...] moi c'était plus dans le feeling. J'ai appris d'elle [...] Des fois j'envoyais des demandes à mon gestionnaire pour demander un surcroît, je lui disais : « Ça déborde, j'ai tant de clients avec tant de PAB [préposés aux bénéficiaires] avec des profils 13 », il m'avait répondu : « Je sens qu'il y a du Madame ... en-dessous de ça ». Il reconnaissait un peu ce que j'avais appris d'elle ».

Extrait du récit de vie reconstitué :

« Quand j'ai commencé à ce poste [...] la responsable du programme a été une mentore pour moi. Nous nous rencontrions régulièrement, elle répondait à mes questions, elle me demandait mon opinion, elle me faisait confiance en m'accordant une marge de manœuvre. Nous avons des discussions très enrichissantes. Elle avait une rigueur hors du commun tandis que moi, j'étais plus intuitive. Elle m'a appris à construire un argumentaire solide pour chaque demande faite à mes supérieurs. Je peux dire que j'ai beaucoup développé mon sens de la rigueur en la côtoyant ».

Avant de conclure cette sous-section sur la reconstitution des récits de vie et leur validation, nous trouvons utile de préciser que malgré le fait que les récits de vie des participantes des entretiens six à dix aient été envoyés plusieurs semaines après l'entretien, chacun des dix entretiens, effectués entre le 1^{er} avril et le 1^{er} septembre 2015, a été l'objet d'une ré-écoute rigoureuse afin d'y trouver des indices en lien avec la construction de notre compréhension. La ré-écoute a aussi permis d'apporter les ajustements nécessaires à notre guide pour l'entretien suivant. Aucun entretien narratif n'a été fait sans au moins une ré-écoute attentive de l'entretien précédent.

4. LA DEUXIÈME DÉMARCHE D'ANALYSE

Cette section comprend deux sous-sections. La première porte sur notre approche pour l'analyse, au cas par cas, des récits de vie reconstitués tandis que la deuxième sous-section concerne l'analyse comparative entre les récits de vie ou analyse transversale.

4.1 L'analyse au cas par cas des récits de vie reconstitués

Bertaux (2016) indique que, dans les recherches ayant recours aux récits de vie, l'analyse des données doit commencer très tôt et s'effectuer parallèlement au recueil des données. Il recommande que les résultats de l'analyse des premiers entretiens soient intégrés et repris dans le guide d'enquête évolutif. Comme il a été mentionné précédemment, la doctorante a reconstitué les récits de vie des infirmières participantes à partir de l'analyse du verbatim des entretiens narratifs. Ces récits de vie ont ensuite été validés par toutes les infirmières participantes sauf une, au moyen d'une rencontre téléphonique d'une trentaine de minutes. Il n'a pas été possible de procéder à une validation téléphonique avec l'une des participantes : elle avait dû remettre les rencontres prévues et a finalement envoyé un courriel à la doctorante en lui disant qu'elle avait lu le récit de vie et qu'elle la remerciait. Dans ce courriel, aucune demande d'ajustement n'a été proposée par la participante.

Après la reconstitution des récits de vie par la doctorante et la validation de ces récits par les participantes, nous avons ensuite procédé à une analyse de ceux-ci, au cas par cas. Chacun des récits a été scruté, dans le but d'y retrouver les éléments directement en lien avec notre objectif de recherche ainsi que toute autre information susceptible d'enrichir notre compréhension du développement du leadership clinique infirmier et du développement de l'infirmière leader clinique tout au long de la vie. Pour procéder à l'analyse de chaque récit de vie reconstitué, nous avons utilisé une grille inspirée des travaux de Day *et al.* (2014). Ainsi, nous avons recherché, dans chaque récit de vie reconstitué, les différents niveaux d'analyse identifiés par ces auteurs, à savoir le niveau intrapersonnel (l'infirmière leader clinique) et le niveau interpersonnel, c'est-à-dire le niveau des interactions entre les personnes (en dyade, en groupe ou dans toute l'organisation). Cette analyse au cas par cas a permis de mettre en évidence la singularité de chaque personne, de chaque parcours de vie.

Pour atteindre notre but et notre objectif de recherche, il ne fallait pas en rester à l'analyse au cas par cas. Bertaux (2016) avance que c'est principalement par la comparaison des récits de vie et la recherche de ce qu'il appelle la récurrence entre eux que se construit la compréhension de ce qui est étudié. Nous avons ainsi comparé les récits de vie entre eux pour compléter notre analyse des données et présentons notre démarche ci-dessous.

4.2 L'analyse comparative entre les récits de vie ou analyse transversale

Pour effectuer cette analyse comparative ou analyse transversale des récits de vie reconstitués, nous avons recherché, dans les récits de vie des infirmières participantes, les récurrences, les similitudes, les points en commun ou au contraire les différences ou les particularités. En effectuant cette activité, nous avons pu mieux comprendre à la fois la situation sociale étudiée (les infirmières qui exercent un leadership clinique, ce qu'elles vivent de semblable ou de différent et les moyens qu'elles mettent en place pour gérer cette situation au mieux) et les mécanismes ou processus par lesquels les participantes se

sont retrouvées dans cette situation sociale (les processus de développement du leadership clinique infirmier et les processus de développement de l'infirmière leader clinique). Nous avons pu distinguer le développement du leadership et le développement de la leader.

À la suite de l'analyse au cas par cas des récits de vie reconstitués et de l'analyse transversale des récits de vie entre eux, nous avons élaboré un schéma intégrateur dans lequel nous illustrons la relation entre le développement du leadership et le développement de la leader, le développement de la leader étant compris dans le développement du leadership. Dans le schéma intégrateur, en plus d'illustrer cette relation, nous identifions de façon distincte les processus liés au développement de l'infirmière leader clinique, dans une perspective biographique tout au long de la vie, et les processus liés au développement du leadership, celui-ci concernant les interactions entre les personnes dans une organisation de santé.

Après avoir exposé notre approche pour l'analyse des données, nous poursuivons avec la scientificité de notre recherche.

5. LA SCIENTIFICITÉ DE LA RECHERCHE

Notre recherche, de nature qualitative, a adopté une démarche compréhensive et interprétative. Selon Gohier (2004), la « validité scientifique » d'une recherche de nature qualitative dépend de sa rigueur méthodologique. Les paramètres associés à cette rigueur méthodologique sont : a) la crédibilité, b) la transférabilité, c) la constance interne et d) la fiabilité. Nous allons les définir et préciser comment nous en avons tenu compte dans notre étude.

Gohier (2004) rapporte que la crédibilité réfère au souci d'établir trois types de validité dans une recherche qualitative : a) la validité interne, qui est reliée à la saisie des données et qui peut être optimisée grâce à la triangulation des sources et des méthodes,

b) la validité de signifiante de l'observation, qui réfère à l'accord entre le langage et les valeurs du chercheur et ceux de la participante ou du participant, et c) la validité de signifiante des interprétations, qui se rapporte à la corroboration de l'interprétation du chercheur avec d'autres personnes, voire avec la participante ou le participant.

Dans notre étude, la triangulation des sources de données n'a pas été effectuée, les participantes elles-mêmes, qui se sont racontées lors d'un entretien, ayant constitué notre source de données. Par contre, nous estimons que la validité de signifiante a été présente puisque nous partageons le langage et les valeurs professionnelles, des participantes qui sont infirmières, comme la doctorante. Pour ce qui est de la validité de signifiante des interprétations, nous croyons qu'en demandant aux personnes participantes de valider les récits de vie que nous avons rédigés à partir des entretiens narratifs, nous avons communiqué à chaque participante notre compréhension et interprétation de son parcours de vie. Les ajustements qu'elles ont proposés lors de la rencontre de validation étaient mineurs, par exemple, la modification du fonctionnement d'un service de soins infirmiers ou encore la modification d'une date.

Quant à la transférabilité, Gohier (2004) indique qu'elle s'apparente à la validité externe dans une recherche de nature quantitative. Il s'agit de l'application, même limitée, à d'autres contextes. Pour cette auteure, la transférabilité repose sur : a) l'échantillonnage théorique, lequel suppose la saturation théorique obtenue lorsqu'aucune donnée nouvelle ne ressort de nouveaux entretiens, et b) la richesse de la description. Ce sont deux éléments dont nous avons tenu compte pour optimiser la scientificité de notre recherche.

Pour ce qui est de la constance interne, Gohier (2004) la définit comme étant l'indépendance des observations et des interprétations par rapport à des variations accidentelles ou systématiques comme par exemple, le temps ou la personnalité du chercheur. Aucun chercheur ne peut prétendre à une objectivité et une absence totale de subjectivité. Que ce soit lors des entretiens ou lorsqu'il a s'agit d'interpréter les données, nous estimons avoir manifesté le plus possible une attitude d'ouverture, d'accueil et de

présence authentique en essayant le plus possible de mettre de côté des *a priori* pouvant nuire à une compréhension réelle de notre objet d'étude.

En ce qui concerne la fiabilité, Gohier (2004) soutient qu'elle consiste en l'indépendance des analyses par rapport à l'idéologie de la chercheuse ou du chercheur. Elle ajoute que la fiabilité requiert la transparence de celle-ci ou de celui-ci par le biais de l'énonciation de ses présupposés et orientations épistémologiques, par une implication à long terme sur le terrain et par la triangulation des données. Nous constatons que la recherche de nature qualitative exige de la chercheuse ou du chercheur une très bonne connaissance de soi et de ses limites et préférences, ce dont nous avons fait preuve tout au long de notre parcours. Nous avons également énoncé clairement notre orientation épistémologique.

Après avoir présenté les critères à respecter afin d'assurer la scientificité de notre recherche, nous présentons, dans la prochaine section, les considérations éthiques dont nous avons tenu compte.

6. LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

La responsabilité principale d'une personne qui fait de la recherche en sciences humaines est de respecter les personnes qui participent à son étude (Boutin, 2011). Les participantes et les participants ont des droits qu'il faut absolument respecter. Pour guider notre démarche en matière d'éthique, nous avons eu recours à la « Politique en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains », de l'Université de Sherbrooke (2012).

Puisque notre recherche impliquait des personnes à l'emploi de deux CISSS, nous avons dû présenter notre projet de recherche au Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'un des CISSS, les considérations d'ordre éthique de l'autre CISSS étant « chapeautées » par le premier CISSS. Nous avons toutefois fait parvenir tous les documents requis à la personne responsable de la recherche dans chacun des CISSS.

Après l'analyse du projet par le CÉR, nous avons obtenu l'approbation pour le mettre en œuvre (annexe G). Nous avons aussi présenté notre projet de recherche au Comité d'éthique de la recherche de la Faculté d'éducation de l'Université de Sherbrooke. Nous avons aussi obtenu l'approbation de cette instance (annexe H). Dans les lignes qui suivent, nous précisons nos positions quant au consentement à participer à une recherche, ainsi qu'aux principes de justice et d'équité dans un contexte de recherche. Nous traitons aussi de respect de la vie privée et de la confidentialité.

Pour ce qui est du consentement à participer à la recherche, nous avons utilisé le formulaire de consentement recommandé par le Centre de recherche du premier CISSS (annexe I). Il avait été décidé, avec le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté d'éducation de l'Université de Sherbrooke, qu'un seul formulaire de consentement serait utilisé, soit celui du Centre de recherche du premier CISSS. Nous nous sommes assurée que les participantes comprenaient bien qu'elles pouvaient retirer leur consentement en tout temps et que, si cela est fait, elles pouvaient aussi demander le retrait de leurs données. Pour assurer un consentement éclairé, nous avons communiqué aux personnes participantes tous les renseignements pertinents leur permettant de prendre une décision en toute connaissance de cause, quant à leur participation au projet de recherche.

Pour ce qui est des principes de justice et d'équité, ils se manifestent dans notre recherche par le fait que nous n'avons pas refusé à des personnes d'y participer en raison de caractéristiques telles que la culture, la langue, la religion, la race, le handicap, l'orientation sexuelle, l'origine ethnique, le genre ou l'âge, à moins d'une raison valable justifiant l'exclusion. À propos de la langue, soulignons que puisque dans notre recherche nous avons recueilli des données au moyen d'entrevues narratives, cela sous-entend que les personnes participantes devaient être capables de s'exprimer en français.

Finalement, pour ce qui concerne la vie privée et la confidentialité, la *Charte des droits et libertés de la personne*, le *Code civil du Québec* ainsi que la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*

protègent la dignité de la personne et le respect de sa vie privée. Par conséquent, les participantes ont eu droit à la confidentialité des renseignements recueillis dans le cadre de la présentation des résultats de la recherche dans la thèse, notamment par l'utilisation d'un pseudonyme et par le retrait de toute information qui permettrait de reconnaître la personne. Il est à noter cependant que certaines personnes ont tenu à mettre certains renseignements spécifiques.

De plus, aucune information nominative ne se retrouve dans les fichiers des transcriptions des données. Les enregistrements et les fichiers des transcriptions sont conservés dans une filière sous clé ou dans ordinateur verrouillé par un mot de passe et seront détruits conformément aux indications qu'on retrouve sur les formulaires de consentement.

Cette section conclut la présentation de notre méthodologie. Le prochain chapitre est consacré aux résultats obtenus à la suite à notre première analyse des données, soit les dix récits de vie individuels validés des participantes à la recherche.

CINQUIÈME CHAPITRE

LES RÉSULTATS DE LA PREMIÈRE ANALYSE DES DONNÉES : LES RÉCITS DE VIE RECONSTITUÉS PAR LA DOCTORANTE ET VALIDÉS PAR LES PARTICIPANTES

Dans ce chapitre qui comprend dix sections, nous présentons les résultats de la première analyse des données. Rappelons que pour chaque entretien effectué avec une participante, nous avons procédé à une analyse du verbatim et avons reconstitué le récit de vie correspondant. Avant de présenter les dix récits de vie reconstitués par la doctorante et validés par les participantes, nous précisons comment l'analyse du verbatim et la reconstitution des récits de vie ont été effectuées.

L'analyse du verbatim de l'entretien a été effectuée de deux manières. Nous avons d'abord eu recours à la grille d'analyse que Dominicé (2007) propose pour la construction d'une biographie éducative à partir du récit qu'une personne fait de sa vie lorsqu'elle se raconte en mettant l'accent sur ses apprentissages. Ainsi, à partir de la transcription mot à mot de chaque entretien (verbatim de l'entretien), celui-ci ayant été orienté par la doctorante vers l'objet de recherche, c'est-à-dire vers le développement d'une personne en tant qu'infirmière leader clinique et le développement du leadership clinique infirmier, nous avons ressorti: a) les moments-clés, b) les thèmes porteurs, c) les significations sous-jacentes et d) la singularité de chaque parcours de vie.

Après avoir effectué l'analyse du verbatim des entretiens à l'aide de la grille que propose Dominicé (2007), nous avons fait ressortir ce qui semblait être le fil conducteur dans chaque parcours de vie, ce qui semblait un thème central dans ce parcours, ce qui donnait un sens vers lequel convergeait les interprétations que la personne donnait à ses expériences, incluant celles liées à des apprentissages. Il s'agissait d'un fil conducteur qui semblait faire émerger une cohérence dans chaque parcours de vie.

Il fallait ensuite reconstituer le récit de vie des participantes. À juste titre, Bertaux (2016) souligne que le sujet qui se raconte ne restitue pas nécessairement les événements ou les actes marquants de son histoire de vie, dans l'ordre où ils sont survenus. Pour cet auteur, le rôle de l'analyste est, entre autres, de retrouver la structure diachronique du récit de vie, c'est-à-dire les relations « avant/après » dans l'enchaînement des événements. Cela permet de mieux comprendre comment les événements se sont influencés les uns les autres. C'est ce que nous nous sommes appliquée à faire pour reconstituer le récit de vie de chaque participante.

Dans cette reconstitution, nous avons toujours essayé d'être très près du verbatim de l'entretien et de l'analyse qui en a été faite. La troisième étape dans la grille de Dominicé (2007) porte sur les significations sous-jacentes à ce que la personne dit. Par conséquent, nous avons parfois ajouté, dans la reconstitution du récit de vie, ce que nous pensions que la personne aurait pu vouloir dire au-delà des mots du verbatim et en considérant l'ensemble de l'entretien, ainsi que, comme le recommande Bertaux (2016), le langage non-verbal de la participante (ses gestes, ses mouvements, les expressions de son visage) ainsi que les intonations de sa voix. Il s'agit en quelque sorte de ce que Paillé et Mucchielli (2016) appellent la « double-herméneutique » puisque nous visions à donner un sens au sens que la personne a déjà donné à son expérience. Nous avons considéré la personne dans sa globalité. Cela nous a amenée à ressortir ce qui se dévoilait comme étant une « cohérence individuelle ».

Après avoir apporté ces précisions quant à notre démarche d'analyse du verbatim des entretiens et à celle pour reconstituer les récits de vie de chaque participante, nous présentons maintenant les dix récits de vie reconstitués par la doctorante et validés par les participantes.

1. LE RÉCIT DE VIE DE JULIE

Je m'appelle Julie²⁶. Je crois beaucoup que les expériences professionnelles et personnelles que nous rencontrons tout au long de la vie font de nous qui nous sommes. J'ai à cœur la qualité des soins. Mon parcours comme infirmière est jalonné d'expériences qui m'ont permis d'exprimer ma créativité et de développer des choses qui font une différence, qui permettent de mieux soigner.

J'aime ce que je fais, je dirais même que je suis passionnée par mon travail. Pourtant, j'ai failli abandonner les soins infirmiers après ma deuxième année de formation collégiale. En effet, une expérience de travail d'été comme étudiante infirmière dans un hôpital a été tellement éprouvante, que j'ai sérieusement songé à quitter le domaine des soins infirmiers. Ce n'était pas le travail en lui-même que je n'aimais pas; c'est l'attitude de quelques infirmières avec qui je travaillais. Au lieu de me faire une rétroaction au fur et à mesure, elles ont attendu la fin de l'été et le retour de l'infirmière chef pour me dire et dire à celle-ci, en sortant leur aide-mémoire, l'ensemble des petites choses que je n'avais pas faites au cours de l'été. Avec le recul je m'aperçois que les choses reprochées n'étaient que des peccadilles (par exemple : « Cette journée-là, tu avais oublié d'apporter une jaquette d'hôpital propre avec ton matériel et tu avais donc dû retourner la chercher »). Mais au moment où ça s'est passé, j'étais démolie. C'est une de mes enseignantes au cégep, une personne qui croyait en moi, qui m'a convaincue de poursuivre et de finir ma formation infirmière. Ce que j'ai fait. J'ai tiré de cette expérience une leçon qui me sert encore : il faut faire les rétroactions aux personnes au fur et à mesure que les situations se présentent et non attendre à la fin et sortir une liste de reproches. De plus, si reproches il y a, les rétroactions doivent être formulées en termes constructifs et ne pas porter sur des peccadilles.

²⁶ Rappelons que nous utilisons des pseudonymes.

J'ai obtenu d'un cégep anglophone mon diplôme collégial en soins infirmiers. Puis j'ai travaillé au Québec environ un an. Ensuite, j'ai déménagé en Europe où je me suis mariée avec un citoyen d'origine européenne. J'y ai vécu pendant deux ans. Mon diplôme n'étant pas reconnu dans ce pays d'Europe, j'ai dû travailler comme infirmière auxiliaire. Pendant six mois, j'ai travaillé en soutien à domicile. Je dois dire que je n'ai pas beaucoup aimé ce travail. Un jour, une secrétaire qui croyait en moi m'a informée qu'une ville était à la recherche d'une assistante directrice pour un Centre pour personnes âgées autonomes. La directrice était une infirmière. Le poste comportait différents volets : de la gestion, des soins, beaucoup d'administration. J'ai eu le poste. J'ai donc assumé, au début de la vingtaine, un rôle de gestionnaire. J'ai constaté l'importance de la collaboration et l'importance d'être à l'écoute des gens. J'ai retenu cet apprentissage, je l'ai utilisé souvent par la suite et je l'utilise encore couramment dans ma pratique actuelle. Je considère que les deux années que j'ai passées en Europe constituent une très belle expérience de vie.

Après ce séjour de deux ans en Europe, je suis revenue au Québec. C'était l'époque des nombreux départs d'infirmières à la retraite. J'ai eu un remplacement sur une unité d'orthopédie, dans un hôpital anglophone. J'y suis restée trois ans. Je me souviens encore très bien d'une expérience que j'ai y vécue. Je prenais soin d'une dame qui n'allait pas très bien. J'ai communiqué avec le médecin pour lui faire part de mes inquiétudes; il n'est pas venu la voir. J'ai continué de bien prendre soin de la dame. Plus tard, l'infirmière-chef a demandé à me rencontrer. Elle m'a dit que je n'avais pas fait preuve d'assez de leadership, que j'aurais dû insister davantage pour que le médecin vienne voir la dame. Je me suis posé beaucoup de questions. Je me suis demandé si ma timidité a pu influencer ma façon d'agir dans cette situation clinique. Je crois que non; j'avais fait ce qu'il fallait. Avec le recul je réalise également que le fait d'avoir participé à différents projets cliniques au cours de ma carrière a augmenté mon assurance et ma confiance en moi. Je demeure une personne timide, mais je suis capable de défendre mon point de vue avec conviction lorsqu'il le faut, par exemple lorsqu'il s'agit de promouvoir la qualité des soins.

Cette unité de soins ayant fermé, je me suis retrouvée dans une autre unité du même hôpital, sur une unité de chirurgie plastique, d'urologie et de gynécologie. J'ai travaillé dans cet hôpital pendant 18 ans en occupant différents postes.

Je me sentais très à l'aise de travailler dans des hôpitaux anglophones, puisque j'ai fait toutes mes études en anglais. À la maison, ma mère parlait anglais et mon père français; ma sœur cadette et moi parlions donc les deux langues. L'école anglophone étant plus près de la maison que l'école francophone, c'est en quelque sorte à cause du côté pratique de la chose que mes parents ont décidé que je fréquenterais l'école anglophone.

Quand je repense à mon expérience de travail à l'unité de chirurgie plastique, urologie et gynécologie, je considère que c'est là où j'ai exercé pour la première fois un leadership clinique infirmier alors que j'étais infirmière soignante.

Il y avait une situation que je trouvais fort insatisfaisante et à laquelle il fallait apporter un correctif. En chirurgie plastique sur cette unité, des sangsues étaient utilisées comme traitement pour favoriser la revascularisation des lambeaux. Il n'y avait pas de protocole clair et rigoureux quant à l'utilisation de ces sangsues. Comme infirmière soignante, je me suis impliquée activement et j'ai mobilisé les gens pour qu'il y ait un protocole. Le projet d'élaboration du protocole s'est très bien déroulé et un protocole rigoureux a été produit. Je crois fermement que les infirmières soignantes, et non seulement les infirmières qui ont des postes plus élevés dans la hiérarchie d'une organisation, peuvent exercer un leadership clinique. Pour moi, le leadership clinique infirmier c'est vouloir donner des soins de qualité et faire en sorte que les changements requis soient apportés.

Je considère que le leadership peut être positif ou négatif. Pour moi, avoir une vision des soins infirmiers, être à l'écoute des gens, aller chercher leurs besoins, être disponible, être positive même s'il y a beaucoup de négatif autour, être capable de voir le bon côté des choses, être capable de bien communiquer et d'exercer une influence, c'est

du leadership. Vouloir que les gens soient heureux au travail, c'est important pour moi. Tout ça favorise la collaboration et la collaboration est indispensable pour produire des résultats positifs pour les personnes soignées.

Mon implication dans l'élaboration du protocole d'utilisation des sangsues a fait que je me suis fait connaître dans mon milieu. C'est ainsi que lors de la fusion de quelques unités de soins pour former un centre universitaire en santé, j'ai obtenu un poste de monitrice. Ce poste consistait à aider la *Clinical Nursing Educator* (CNE) qui devait couvrir plusieurs unités de soins.

À ce moment-là, il y avait une nouvelle infirmière-chef. C'est l'une des personnes qui a exercé le plus d'influence sur ma carrière. Elle m'a encouragée fortement à faire mon baccalauréat. Or, j'avais deux jeunes enfants à ce moment-là et je me voyais mal faire mon baccalauréat à temps plein. Deux choix s'offraient à moi : ou bien je faisais mon bac à temps partiel, mais c'était en français (je n'avais jamais étudié en français) ou bien je faisais mon bac en anglais, mais c'était à temps plein. Aucune de ces alternatives ne me convenait. Un peu plus tard, cette nouvelle infirmière-chef m'a parlé de la possibilité de faire mon bac à distance, dans une université albertaine. Elle a ajouté que je pourrais même avoir du soutien financier de l'hôpital.

J'ai mis six ans à compléter mon bac. J'ai beaucoup aimé ce programme et j'ai beaucoup aimé le faire à distance. J'y ai mis tout mon cœur et j'ai eu d'excellents résultats. J'aime apprendre. J'ai retiré beaucoup de cette expérience. J'avais des lectures, des travaux à remettre et des examens. Dans trois ou quatre cours de ce programme de baccalauréat, il y avait une composante stage. Je devais trouver, par moi-même, quelqu'un pour superviser mes stages. Cette personne devenait mon mentor. J'aimais mes stages car je pouvais appliquer concrètement ce que j'apprenais. Ce n'était pas des stages de soins aux patients : il fallait plutôt que je consulte des données (ces stages étaient un peu comme de la recherche). J'étais très autonome.

Tout en faisant mon baccalauréat à distance, j'ai travaillé pendant quatre ans comme assistante-infirmière chef sur une unité de chirurgie vasculaire. Durant les deux premières années j'ai travaillé à temps partiel et, pendant les deux autres, j'ai travaillé à temps plein. Au point de vue travail, ces années ont été les quatre pires de ma vie! Il y avait toutes sortes de problèmes : six infirmières chef en quatre ans, fusion avec une autre unité de soins, absence de soutien dans le milieu. J'ai perdu beaucoup de poids, j'ai été à deux cheveux du *burn-out*. Une chance que je pouvais compter sur le soutien de mon conjoint. Je suis restée à ce poste pendant quatre ans principalement parce que j'aimais l'équipe, l'équipe des infirmières soignantes et des personnes préposées aux bénéficiaires. J'accorde beaucoup d'importance aux équipes, aux personnes avec qui je travaille.

Puis j'ai vu une offre pour un poste de *Nursing Professional Development Educator* (NPDE). Il fallait une maîtrise, je n'avais pas encore fini mon bac. Je ne savais même pas si je voulais faire une maîtrise. J'ai postulé et j'ai obtenu le poste, à la condition de faire une maîtrise. L'année suivant l'obtention de mon baccalauréat, j'ai commencé ma maîtrise à l'université albertaine, avec la même modalité (c'est-à-dire à distance). J'ai mis environ quatre ans pour compléter ma maîtrise et j'ai occupé le poste de NPDE pendant sept ans. Fatiguée de voyager une heure le matin pour aller travailler et une heure le soir pour rentrer à la maison, j'ai pris un congé sans solde et j'ai décidé d'appliquer pour un poste de conseillère dans un CSSS francophone, situé plus près de mon domicile. J'ai obtenu le poste.

Jusque-là, je n'avais pas travaillé en milieu francophone au Québec. J'ai trouvé cela très différent du milieu anglophone. J'ai occupé ce poste pendant un an seulement et j'ai trouvé l'expérience très difficile. La qualité des relations de travail est très importante pour moi et je ne retrouvais pas, à cet endroit et dans ce poste, ce que je recherchais. Je ne me sentais pas soutenue. Je me sentais incompetente. Cela était d'autant plus difficile pour moi car je suis perfectionniste.

J'ai quand même fait des apprentissages importants dans ce milieu. Par exemple, j'ai compris qu'il y a des styles de leadership qui ne me conviennent pas et que je ne veux absolument pas exercer! Dans ma carrière, j'ai eu des modèles, des mentors et des *coachs* qui m'ont aidée à développer mon leadership. J'ai aussi eu des exemples de leaders que je ne voulais pas devenir! Dans l'apprentissage du leadership, j'estime qu'environ 30 % est relié au fait d'avoir des modèles, des mentors ou des *coachs*; le 70 % qui reste est relié aux expériences de vie, personnelles ou professionnelles.

Dans ce premier milieu de travail francophone, je ne pouvais pas être heureuse, car il n'y avait pas assez de collaboration. Le fait qu'il n'y ait pas assez de collaboration a renforcé ma position: la collaboration est vraiment indispensable. J'y crois toujours autant. Je dois aussi dire que j'ai beaucoup appris sur la culture organisationnelle des soins de santé en milieu francophone à cet endroit, et que cela m'aide encore aujourd'hui. Une des choses que j'ai remarquées, c'est que l'offre de développement professionnel et de formation continue pour les infirmières en milieu anglophone est plus grande que celle en milieu francophone. Ainsi, quand je travaillais à l'hôpital anglophone, j'étais encouragée à faire des activités de développement professionnel. Par exemple, je suis allée trois fois faire des présentations dans d'autres provinces ou même à l'extérieur du pays. Bien sûr, il y a des offres de formation continue pour les infirmières en milieu francophone. Mais je n'ai pas retrouvé, dans ce milieu, le même état d'esprit à l'égard du développement professionnel des infirmières que j'ai rencontré en milieu anglophone.

Je dois dire que même si j'ai trouvé difficile mon année comme conseillère en milieu francophone, j'ai fait de nombreux apprentissages dont celui-ci qui est très significatif: j'ai compris que je ne peux pas être bonne dans tout, que je ne peux pas être experte dans tout. C'est ma supérieure qui m'a aidée à comprendre cela. Elle m'a aidée à comprendre que je peux être l'experte du « gabarit » (par exemple, être capable d'élaborer une règle, une méthode de soins ou une ordonnance collective), mais que d'autres

personnes, celles-là plus près du terrain, sont les expertes du contenu. Comprendre cela m'a beaucoup aidée.

Quand j'ai compris que c'était correct que je ne sache pas tout, j'ai été plus à l'aise pour exercer mon leadership. Je travaille beaucoup en collaboration avec les infirmières de terrain. Je ne me sens pas menacée s'il y a quelque chose que je ne sais pas. Je sais que je ne peux pas tout savoir. J'utilise aussi mes expériences de vie. Par exemple, lorsque j'ai eu à traiter de dossiers liés à la santé parentale et infantile dans mon travail de conseillère, j'ai utilisé mes expériences personnelles. Je n'ai pas d'expérience professionnelle dans ce domaine, mais j'ai vécu deux accouchements, l'un facile et l'autre avec complications. Ces expériences de vie m'ont aidée à comprendre les soins à apporter en santé parentale et infantile. J'utilise mes connaissances et mes expériences au mieux. J'ai confiance en moi et je travaille avec des alliés complémentaires.

Quelques mots de plus à propos de mon travail actuel comme conseillère. J'ai souvent à élaborer des documents, que ce soit des règles de soins, des méthodes de soins ou des ordonnances collectives, qui seront utilisés par les infirmières de terrain. Pour les ordonnances collectives par exemple, tout doit être bien attaché : je dois anticiper les questions que pourraient se poser les infirmières. Les informations écrites doivent être très claires et très précises. Une fois les ordonnances collectives rédigées, je dois les soumettre à des médecins pour approbation, avant que les infirmières puissent les utiliser. La collaboration avec les médecins est excellente. Nous sommes d'ailleurs en train d'élaborer quelque chose de très innovateur dans le domaine du dépistage et du traitement des ITSS en première ligne : que les infirmières puissent procéder au dépistage d'ITSS chez les personnes symptomatiques et qu'elles puissent initier un traitement d'antibiotiques pour la gonorrhée, à l'aide d'une ordonnance collective. J'aime innover. Il faut être créatif; il faut foncer un peu!

Quand je dois concevoir un document sur une règle ou une méthode de soins avec laquelle je ne suis pas familière, je commence par faire une recherche *Google* pour

explorer le sujet. Puis je sollicite, par courriel, mon réseau de collègues conseillères de la région. J'élabore ensuite la règle ou la méthode de soins en m'inspirant des documents envoyés par mes collègues. Une fois rédigée, je sou mets la règle ou la méthode de soins à des infirmières de terrain pour validation. J'aime bien aller chercher les leaders informels (ça peut être des infirmières de terrain, si elles peuvent être libérées pour participer au développement du dossier) ou des ASI (assistantes au supérieur immédiat, qui peuvent être plus facilement libérées). Il faut connaître son monde, il faut aller chercher les ressources dont on a besoin. Je suis contente de dire que je connais mon monde et que mon monde me connaît!

Je reviens à mon cheminement de carrière. Mon congé sans solde d'un an étant terminé, j'ai quitté ce premier emploi au CSSS francophone pour retourner à mon ancien poste à l'hôpital anglophone. Les deux heures de voyage par jour recommençaient. Peu de temps après, j'ai appliqué pour un poste de conseillère cadre dans un CSSS francophone (un autre que celui où j'avais travaillé un an). Voilà que se présentait à nouveau la possibilité de me rapprocher de mon domicile : cela était devenu un facteur très important pour moi. J'ai eu le poste : j'y suis toujours après sept ans et j'aime beaucoup mon travail.

Tout au long de ma carrière, il m'est arrivé souvent de vivre des épisodes de réorganisation structurelle dans les milieux où j'ai travaillé. J'ai vécu, par exemple, la fusion très difficile de deux unités de soins, la fusion non moins difficile de cinq hôpitaux, la fusion d'un CSSS avec un hôpital régional, puis maintenant, la nouvelle fusion inscrite dans une réforme en profondeur du système de santé. Les gens vivent actuellement dans l'incertitude; beaucoup de postes cadres ont été coupés et plusieurs cadres se demandent si le leur le sera. On ne sait pas ce qu'il adviendra. Je ne sais pas si je vais avoir les mêmes secteurs d'activité. Pour le moment, ça ne me stresse pas. Dans tout ça, on doit être des agents de changement. Il faut effectuer de nouvelles tâches, s'adapter à de nouveaux directeurs ou directrices, à de nouveaux collègues, etc.

Il peut être difficile de travailler avec certaines personnes. Dans ma carrière, il m'est arrivé de côtoyer des personnes très rigides et très résistantes. Puisqu'il faut travailler ensemble, je crois que l'une des meilleures stratégies pour composer avec ces personnes, est de rester à leur écoute. Je les encourage à exprimer et à défendre leurs points de vue. J'essaie aussi de comprendre et de refléter ma compréhension de leurs points de vue. Et puisque nous devons éventuellement en arriver à des compromis, je me documente le plus possible sur ce que je veux promouvoir, en consultant différentes sources d'informations fiables telles que des données probantes, des lignes directrices, les recommandations de l'OIIQ, etc. La qualité de l'approche auprès des personnes est très importante : il faut rester respectueuse, patiente et courtoise, persévérante, diplomate, et je dirais même un peu rusée. Je n'aime pas la confrontation. Pour en arriver à des compromis, il y a un processus de *give and take* : il faut en prendre et en laisser. Je dois donc savoir ce à quoi je tiens absolument (par exemple la sécurité des patients) et ce que je suis prête à laisser de côté.

Je crois que les stratégies que j'utilise pour composer avec les personnes avec qui je travaille et les stratégies que j'utilise pour les influencer, font appel à mon ouverture d'esprit. Différentes expériences de vie m'ont amenée à développer cette ouverture. Par exemple, je pense que le fait d'avoir vécu dans un pays en voie de développement pendant deux ans et d'avoir parcouru l'Asie lors du voyage de retour, m'a aidée à développer une ouverture d'esprit.

J'ai vécu dans un pays en voie de développement avec mes parents et ma sœur. Mon père y avait un contrat de travail. Ce fut une expérience inoubliable : ma vie a changé. Je suis partie à l'âge de 14 ans. Quand je suis revenue à l'âge de 16 ans, je n'étais plus la même personne. J'avais constaté que je pouvais être heureuse avec ce que je possédais, sans vouloir toujours plus. J'avais fait mes études à distance pendant ces deux années. De retour au pays, j'avais beaucoup moins d'intérêt pour les préoccupations des jeunes de mon âge : j'étais rendue ailleurs. Aussi, je crois que le fait d'avoir épousé un

Européen et d'avoir vécu dans son pays pendant deux ans y est pour quelque chose dans le développement de mon ouverture d'esprit. J'ai dû être ouverte à ma belle-famille, à mon conjoint aussi, car leurs mœurs et les coutumes sont parfois différentes des miennes. Il a fallu mettre de l'eau dans notre vin.

Dans chaque chose que j'ai faite jusqu'ici dans ma carrière, et encore maintenant, je vois des opportunités d'apprentissage. Je ne planifie pas vraiment ma formation continue : je saisis plutôt les opportunités qui se présentent et qui sont en lien avec mon travail. Je trouve que beaucoup d'activités de formation continue répondent aux besoins de connaissances des infirmières de terrain mais qu'il n'y a pas beaucoup d'activités de formation continue sur le leadership des infirmières. Il y a un manque à ce niveau-là.

J'aime m'impliquer dans toutes sortes de choses, j'ai de la difficulté à dire non. Il y a huit ans, on est venu me chercher pour que je m'implique dans l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada; j'y suis toujours. Je m'implique aussi dans mon Ordre des infirmières et des infirmiers régional. Et je participe à la formation infirmière de différentes façons. Je fais beaucoup de choses en même temps. Tout cela contribue à faire de moi qui je suis aujourd'hui. Je suis passionnée par ce que je fais. Et dire que j'ai failli ne pas être infirmière!

2. LE RÉCIT DE VIE DE SYLVIE

Je m'appelle Sylvie. J'ai très à cœur la qualité des services et des soins offerts à la clientèle des jeunes en milieu scolaire. J'ai compris très tôt l'importance d'être autonome et je crois que c'est une qualité ou un trait de personnalité indispensable, autant dans la vie en général que pour l'exercice du leadership clinique infirmier ou l'avancement de la profession infirmière.

Une fois mon diplôme en soins infirmiers obtenu d'un établissement collégial, j'ai commencé à travailler dans un centre hospitalier universitaire, d'abord dans l'équipe

volante, puis à l'unité des soins intensifs. J'ai eu une première pique : celle de l'action! Je suis restée à cet endroit pendant huit ans. J'ai beaucoup aimé les liens développés avec les familles des personnes hospitalisées aux soins intensifs. J'en parle aujourd'hui et cela m'émeut encore. Peu avant de quitter cet emploi, j'avais amorcé un virage en m'intéressant à quelque chose de très différent : la santé communautaire. J'avais alors entrepris, le soir, un certificat en santé communautaire. C'était assez nouveau à l'époque. Nous apprenions que les infirmières pouvaient donner des soins en milieu communautaire. Cela ouvrait des horizons et me plaisait beaucoup. J'ai obtenu mon certificat en quelques années d'étude à temps partiel.

Je travaillais encore aux soins intensifs lorsque j'ai rencontré mon conjoint. Pour qu'on puisse vivre ensemble, il a fallu que je déménage, m'éloignant ainsi de mon lieu de travail. J'ai voyagé pendant un an, puis j'ai quitté cet emploi. C'est à ce moment que nous avons débuté notre famille. Tout en m'occupant de ma fille, j'ai travaillé pour une agence de placement en soins infirmiers pendant deux ans. Je me questionnais beaucoup, je me cherchais. En fait, je n'étais plus aussi satisfaite des soins infirmiers. L'idée d'être notaire m'a même traversé l'esprit. J'ai alors fait un certificat en droit, le soir, pour voir si j'aimais assez ce domaine pour en faire ma nouvelle profession. Je me suis aperçu que non. J'ai d'ailleurs trouvé ça très difficile. Quand les choses me sont très difficiles, j'ai tendance à croire que c'est parce qu'elles ne me conviennent pas. Je suis donc retournée au domaine de la santé.

Alors que je travaillais pour l'agence de placement, j'ai eu un contrat de travail dans un Centre jeunesse pour adolescentes délinquantes. Deuxième pique : celle pour la clientèle et le travail auprès des jeunes filles défavorisées ou délinquantes. J'aimais cette clientèle et j'aimais le travail d'infirmière dans ce Centre. Je trouvais que grâce aux ordonnances collectives, l'infirmière pouvait faire plusieurs actes de façon autonome. J'aurais pu poursuivre ma carrière dans ce Centre jeunesse, mais il aurait fallu que j'accepte un salaire moindre puisque le baccalauréat n'était pas reconnu dans l'échelle

salariale. Je tenais à la reconnaissance financière accompagnant l'obtention de mon baccalauréat. J'avais pris la peine de faire trois certificats, de soir, tout en travaillant le jour et en prenant soin de ma famille : un premier certificat en santé communautaire (que j'ai fait par goût), un deuxième en droit (pour répondre à un questionnaire) et un troisième en santé au travail (surtout pour son côté pratique). Mon expérience en Centre jeunesse pour adolescentes délinquantes a contribué beaucoup au fait de me retrouver plus tard, infirmière en santé scolaire.

Avant de décrocher mon poste d'infirmière en santé scolaire, j'ai travaillé sur appel pendant 10 ans, dans différents services offerts par les CLSC (soins à domicile, interruptions volontaires de grossesse, services courants). Je travaillais parfois trois heures par semaine, parfois 35 heures, parfois 10 heures. Le nombre d'heures de travail hebdomadaire était donc très variable. Pendant les cinq premières années j'étais sur la liste de rappel d'un seul CLSC, mais par la suite j'ai été sur la liste de rappel de deux CLSC afin d'avoir plus d'heures de travail. Ce n'était pas évident de m'organiser, de concilier ma vie familiale et mon travail. J'avais deux jeunes enfants. Mon conjoint, de par son travail de représentant sur la route, était très absent. Mes parents n'étaient pas proches. Je devais me débrouiller seule. Et je me suis débrouillée. J'ai beaucoup développé mon autonomie. Beaucoup. J'ai souvent eu à dire : « J vais m'arranger! » et je l'ai fait. Je peux dire que la débrouillardise et l'autonomie, que j'ai développée dès mon plus jeune âge, sont deux de mes plus grandes forces.

À l'époque où j'étais sur la liste de rappel, une conférencière invitée par les gestionnaires est venue nous parler du « lâcher prise ». Son discours portait entre autres sur l'importance de ne pas s'en faire avec les choses sur lesquelles nous n'avons pas de pouvoir, les choses que nous ne contrôlons pas. Cette conférencière a dit aux personnes qui n'avaient pas de poste et qui étaient sur la liste de rappel : « Vous avez un statut de temporaires, vous êtes sur une liste de rappel. Vous n'avez pas de pouvoir là-dessus. Ça ne donne rien de vous en faire et de *stresser* avec ça ». Je réalise aujourd'hui que ça m'a

marquée. J'ai compris à ce moment-là que je ne voulais plus m'en faire avec des choses sur lesquelles je n'ai pas de contrôle. Il y a suffisamment d'occasions de vivre du stress; mon stress je vais le mettre ailleurs que pour les choses sur lesquelles je n'ai pas de contrôle. Oui, cette idée du « lâcher prise » m'a marquée : j'y ai encore recours aujourd'hui, plusieurs années plus tard.

Après dix ans de travail sur appel, j'ai eu un poste comme infirmière en santé scolaire et je l'ai occupé pendant dix ans. J'ai beaucoup aimé ça. J'aimais la clientèle et je pouvais être très autonome dans mon travail. J'étais capable de me débrouiller avec les moyens du bord, dans mes écoles, et de monter des projets pour améliorer la santé des enfants et des jeunes.

Je me souviens que lorsque je suis arrivée dans une des écoles dont je m'occupais, on servait de la poutine cinq jours sur cinq. Je voulais que cela change et pour ce faire, j'ai dû créer des alliances, entre autres avec la direction de l'école. Les directeurs se succédaient, et peu étaient intéressés par ce problème. Rien ne changeait. Je me disais : « Je vais ramener ce problème à l'agenda l'an prochain! ». Je ne prends pas un « non » pour une réponse finale. Je suis persévérante quand je crois en quelque chose. C'est lorsque j'ai rencontré un directeur qui s'est préoccupé de la qualité de l'alimentation à l'école que les choses ont pu changer. Graduellement la poutine s'est faite de plus en plus rare au menu. J'ai constaté l'importance de la création d'alliances pour que les choses changent, pour que les choses avancent. J'aime faire avancer les choses et j'ai appris que parfois ça peut prendre plus de temps qu'on le voudrait. Je me sers encore de ces apprentissages, soit l'importance des alliances et le respect du temps requis, dans mon travail actuel qui est de coordonner les activités de l'équipe des infirmières en santé scolaire.

C'est ce que je fais depuis six ans. Après avoir travaillé dix ans comme infirmière scolaire, j'ai communiqué avec ma supérieure et je lui ai dit que je voulais faire autre chose. J'avais le sentiment d'avoir fait le tour du jardin. Elle m'a proposé un poste où je

coordonnerais les activités de l'équipe des infirmières en santé scolaire. Je me sentais prête pour ce poste. J'étais rendue là. Ce n'était pas de la gestion (je n'aime pas la gestion qui est pour moi très associée aux questions de budget). On préparait alors la fusion de deux CLSC et on réorganisait la coordination des équipes en santé scolaire et en santé parentale et infantile. J'ai eu le poste de coordination en santé scolaire. J'y suis toujours.

Dans mon travail actuel, j'exerce un leadership clinique infirmier. Pour moi, le leadership clinique infirmier ça veut dire être capable de mobiliser les troupes, être ouverte au changement et vouloir faire avancer les choses. Ça veut aussi dire être capable de faire accepter des idées nouvelles sans les imposer. Je réfléchis beaucoup avant de présenter des idées nouvelles. Je les valide, par exemple auprès d'une collègue conseillère en soins infirmiers. Après, si l'idée a toujours du sens et si j'y crois encore, j'essaie de la vendre, de sensibiliser des gens autour. Je le rappelle, il faut des alliés. Parfois je dois laisser une idée de côté et y revenir plus tard. Comme je l'ai dit plus tôt, je suis persévérante et je sais qu'il est parfois nécessaire de mettre plus de temps que prévu pour que les choses avancent. Il y a quand même certaines de mes idées qui ne passent pas, mais c'est rare!

Il peut aussi y avoir des idées de changements qui viennent de la direction et auxquelles je ne crois pas. Par exemple, j'ai beaucoup de difficulté à aider la direction à faire passer une idée, lorsque celle-ci a pour conséquences d'enlever de l'autonomie aux infirmières ou de menacer le bon déroulement et la qualité des services aux jeunes dans les écoles. Cela peut arriver quand la direction n'a pas une idée assez juste du travail et de l'organisation du travail des infirmières en milieu scolaire. Si la direction insiste pour implanter l'idée et que les infirmières ne sont pas du tout d'accord avec cette idée, je peux aller jusqu'à me braquer. Je peux être entêtée. J'accorde pourtant beaucoup d'importance à la collaboration, autant avec la direction qu'avec les membres de mon équipe. Mais je me mets du côté de mon équipe si l'autonomie des infirmières, la qualité ou le bon déroulement des services aux jeunes dans les écoles sont menacés.

La collaboration est nécessaire pour que des changements bénéfiques se produisent. J'ai remarqué que les gens ont tendance à collaborer plus lorsqu'on ne leur impose pas les choses et lorsqu'on fait preuve de flexibilité. La flexibilité peut être démontrée, par exemple, en acceptant, lorsque c'est possible, les demandes que les gens font. Je crois beaucoup à l'approche « donnant-donnant ». J'ai tendance à accepter la demande d'une infirmière, par exemple, pour un jour de congé, car je sais que ce sera peut-être elle qui me dépannera plus tard. Et c'est très souvent ce qui arrive. Un climat de travail agréable et une belle collaboration, c'est important pour moi. J'ai souvent l'occasion de constater la collaboration dans mon équipe et l'engagement des infirmières.

Une personne qui exerce un leadership clinique infirmier doit être autonome, avoir du dynamisme, ne pas dépendre des autres. Je me vois comme une femme d'action, comme une personne-ressource offrant écoute, conseils et soutien concret aux infirmières de l'équipe, afin d'assurer la qualité et le bon déroulement des services infirmiers que reçoivent les jeunes en milieu scolaire.

Une infirmière scolaire peut avoir jusqu'à sept écoles à s'occuper. Les infirmières scolaires sont souvent seules dans leurs écoles. Elles peuvent passer me voir car je suis très accessible, mais souvent elles me téléphonent. Cela peut être pour un simple conseil, une consultation ou un avis professionnel, ou encore pour exprimer des émotions ou des sentiments face aux situations difficiles qu'elles rencontrent dans leur pratique. C'est du soutien concret et je considère que ce soutien concret fait partie de l'exercice du leadership clinique infirmier. J'en fais même une priorité.

Outre le soutien concret aux infirmières scolaires, mon quotidien en tant que coordonnatrice des activités des infirmières scolaires comporte bien des choses. Par exemple, j'ai souvent des réunions. Je dois aussi faire les horaires de travail, je dois planifier les activités de vaccination dans les 55 écoles dont je m'occupe, assurer la bonne marche des cliniques jeunesse, commander le matériel requis pour toutes ces activités. Sans oublier les activités de formation que je dois animer. Par exemple, nous sommes à

implanter un registre provincial de vaccination et les infirmières doivent être capables d'entrer des données dans le registre. Elles doivent pouvoir utiliser le logiciel. Je suis responsable de cette formation et d'accompagner mes collègues dans leur apprentissage. Certaines infirmières ne sont pas très à l'aise avec l'informatique. Pour faciliter leur apprentissage, je prépare des résumés très pratico-pratiques qu'elles apprécient beaucoup. Je dirais que l'une de mes forces, c'est d'être capable de faire de tels résumés pour aider les infirmières à ajuster leur pratique au quotidien.

Dans mon exercice du leadership clinique infirmier, je me vois donc beaucoup comme une personne-ressource. Pour pouvoir jouer ce rôle correctement, je crois qu'il faut « en avoir vu d'autres ». Il faut être rendu là. Je pense qu'une jeune infirmière sans expérience pourrait difficilement être compétente dans un poste comme le mien. J'utilise non seulement les connaissances que j'ai acquises tout au long de ma carrière, mais aussi mes expériences de vie, mon vécu. J'utilise mon vécu de femme, de mère, de mère d'adolescents, de mère de jeunes adultes.

Cela teinte beaucoup les réponses que j'apporte, partout. Par exemple, lorsqu'une nouvelle infirmière me téléphone parce qu'elle n'est pas certaine de l'approche à adopter avec un jeune qui doit prendre une décision, je lui conseille d'explorer avec le jeune les conséquences de sa décision selon qu'il choisit l'une ou l'autre des options qui se présentent. En tant que personne qui a été mère d'adolescents, j'ai souvent utilisé cette approche. J'y crois beaucoup. Elle m'a permis d'aider mes enfants à apprendre à mesurer les conséquences de leurs décisions, de même qu'à les assumer. Ça peut paraître simple, mais cette expérience de vie me sert beaucoup dans mon travail. Ce n'est qu'un exemple, mais c'est dans ce sens-là que je dis que pour être compétente dans un poste comme le mien il faut « en avoir vu d'autres ». Je ne confierais pas ce poste à une jeune infirmière qui sort de l'école. Mais j'accompagnerais volontiers une infirmière qui a une certaine expérience et qui serait nouvelle dans ce poste. Devenir son mentor serait quelque chose que j'accepterais et que j'aimerais faire.

Dans ma carrière, j'ai côtoyé des infirmières qui ont été très inspirantes. Au moment où j'étais dans l'équipe volante au CLSC, j'ai assisté à la naissance des Conseils des infirmières et des infirmiers (CII) dans les établissements de santé. Comme le CLSC où je travaillais était très proactif, nous avons vite mis un CII sur pied. J'ai décidé d'en faire partie, je ne sais plus trop pourquoi. Peut-être est-ce l'idée de faire avancer les choses qui me motivait? La présidente de notre CII était la responsable des soins infirmiers. Une femme motivante, douce, très éloquente. Elle était très « académique » et nous a bien expliqué la Loi 90. Je me souviens aussi d'une autre infirmière inspirante faisant partie de ce comité. Plus féministe, elle avait beaucoup de charisme.

Lorsque j'ai pris le poste d'infirmière coordonnatrice des services infirmiers aux jeunes en milieu scolaire, j'ai réalisé que la Loi 90 pouvait être un levier pour augmenter l'autonomie des infirmières. J'avais lu attentivement cette Loi. C'est quelque chose qui m'a beaucoup interpellée. Comme coordonnatrice, grâce à cette Loi, j'avais l'impression d'être bien placée pour apporter des améliorations au travail des infirmières et d'en faire plus pour leur autonomie. C'est comme si je prenais conscience du côté politique de mon nouveau rôle de coordonnatrice. Il me fallait découvrir comment négocier des ententes avec les différents partenaires, par exemple, des ententes avec les médecins pour avoir des ordonnances collectives : qui fallait-il aller voir en premier? Et ensuite? Avec qui fallait-il composer? C'est une conseillère en soins infirmiers qui m'a aidée à apprendre comment négocier des ententes avec les différents partenaires. Je voulais que les choses bougent, je voulais que les choses avancent. L'idée de faire avancer les choses m'a toujours motivée et me motive encore.

J'ai constaté que mon nouveau rôle d'infirmière coordonnatrice comportait plusieurs défis. Mais la transition s'est très bien faite. C'était pour moi la suite logique des choses. C'était naturel. Les premiers défis que j'ai relevés ont surtout été d'ordre organisationnel. Par exemple, en cohérence avec le programme d'immunisation du Québec, j'ai dû organiser rapidement une campagne de vaccination contre le VPH, pour

les jeunes filles de secondaire III. Il fallait aussi rejoindre les jeunes filles de secondaire IV et de secondaire V qui n'avaient pas reçu le vaccin. Il fallait que ces jeunes filles se présentent pour se faire vacciner, le soir, sans rendez-vous.

Un plus grand nombre de jeunes filles que prévu est venu. J'ai dû apporter rapidement les correctifs à ce qui avait été planifié. Je me suis assise, j'ai identifié tous les facteurs qu'il me fallait considérer (parmi ceux-ci, le nombre de locaux et les ressources humaines disponibles), puis j'ai apporté les ajustements. Ça s'est bien passé. J'apprenais mon rôle de coordonnatrice. J'ai beaucoup appris à développer mon leadership clinique infirmier à partir des expériences concrètes qui se sont présentées dans mon travail. J'ai appris à exercer le leadership en l'exerçant. Je ne vois pas vraiment de liens entre ce que j'ai appris à l'école, dans ma formation initiale ou dans mes trois certificats, et mon exercice du leadership. Je crois que j'ai appris à exercer un leadership clinique infirmier essentiellement grâce aux expériences que j'ai vécues, autant personnelles que professionnelles.

Aujourd'hui nous assistons à des changements très significatifs, voire à des bouleversements dans le système de santé. Plusieurs postes de cadres ont été coupés et plusieurs autres cadres craignent que leur poste soit coupé à plus ou moins brève échéance. Pour l'instant, les choses se passent à un niveau très élevé dans la hiérarchie de l'organisation et nous ne savons pas trop quelles seront les répercussions sur la dispensation des services comme tels. J'essaie d'être rassurante pour l'équipe. Je reprends cette idée du « lâcher prise » en disant aux membres de l'équipe que pour l'instant, il n'y a rien que l'on puisse faire. Nous n'avons pas de contrôle là-dessus. Les grands changements en sont encore à un niveau très élevé. Je recentre les préoccupations des membres de l'équipe sur l'importance de continuer à offrir les meilleurs services qui soient, aux jeunes que nous aimons tant. Nous nous recentrons là-dessus. Plus tard, si nous trouvons que les changements dans l'organisation affectent la qualité des services

aux jeunes en milieu scolaire, nous nous mobiliserons pour faire connaître nos préoccupations.

Tout en commençant une retraite progressive, je veux continuer à être un soutien et une personne-ressource pour mon équipe, car j'ai toujours autant à cœur la qualité des services et des soins offerts aux jeunes en milieu scolaire, l'autonomie des infirmières et la qualité de leur environnement de travail.

3. LE RÉCIT DE VIE DE MAUDE

Je m'appelle Maude. Je suis arrivée en soins infirmiers un peu par hasard. J'y suis restée par goût et j'y suis toujours parce que j'aime beaucoup ce que je fais. Je travaille depuis 11 ans comme infirmière et j'ai occupé des fonctions de coordination très tôt dans ma carrière. J'ai à cœur l'amélioration de la qualité des soins et l'avancement de la profession infirmière. Je suis contente de pouvoir y contribuer en occupant une position qui me permet d'exercer un leadership clinique infirmier formel.

Après avoir fait des études en lettres au cégep et à l'université, je ne savais plus trop ce que je voulais devenir, ce que je voulais faire dans la vie. Je me disais que les études universitaires ce n'était pas pour moi, je n'aimais pas vraiment ça. Après avoir consulté un orienteur, j'ai décidé de m'inscrire dans un programme technique. Je me suis dit : « Ça va être clair, net, puis après ça je vais savoir ce que je fais ». Je me suis inscrite dans un programme technique très contingenté, mais je n'ai pas été acceptée. On me dressa alors la liste des différents programmes techniques qui n'avaient pas encore atteint leur capacité d'accueil. Parmi ceux-ci, figurait le programme de soins infirmiers. Bien que je n'avais jamais pensé à devenir infirmière, j'ai décidé de m'inscrire tout de même au programme. J'ai assisté à une première rencontre d'orientation. Puis, un peu plus tard, quelqu'un du programme dans lequel je n'avais pas été acceptée m'a téléphoné pour me dire que suite au désistement d'une personne, j'avais maintenant ma place dans le

programme. Après avoir réfléchi, j'ai décidé de rester en soins infirmiers. Et j'ai vraiment adoré!

Une fois mon diplôme collégial en soins infirmiers obtenu, j'ai poursuivi immédiatement ma formation au baccalauréat. Dans ce programme, j'ai pu effectuer des stages en soins communautaires : j'ai su tout de suite que c'était là que je voulais travailler. J'ai ainsi débuté ma carrière comme infirmière dans un service de soutien à domicile, aussitôt mon diplôme universitaire obtenu. J'y ai travaillé pendant près de deux ans, avant de quitter pour un congé de maternité.

Peu de temps après mon retour au travail, la personne qui coordonnait les activités des infirmières au soutien à domicile a dû prendre un congé de maladie. La responsable du programme nous a demandé s'il y avait quelqu'un qui serait intéressé à la remplacer. Personne ne manifestait de l'intérêt. Pour ma part, ça m'intéressait, mais je n'osais pas le dire. J'étais la plus jeune, je n'avais pas beaucoup d'expérience, je revenais tout juste de mon congé de maternité. Après avoir demandé à tout le monde, cette fois individuellement, si quelqu'un était intéressé par le remplacement, la réponse était la même : non! Quand finalement elle est arrivée à moi et qu'elle m'a proposé le remplacement, j'ai dit oui. Je ne savais pas trop si j'avais les aptitudes mais je savais que ça m'intéressait. J'ai toujours aimé ça prendre les choses en main, par exemple dans les travaux d'équipe à l'école. Et je pense que je l'ai toujours fait de façon respectueuse. La responsable du programme m'a dit : « Essaie-le et on verra ».

J'ai senti qu'il y avait beaucoup d'attentes à l'égard du travail de coordination, mais c'est ça que je voulais. Je ne voulais pas juste faire des horaires et répondre au téléphone. Je voulais m'impliquer, m'occuper de mandats précis, relever des défis. J'ai assumé le poste de coordonnatrice pendant sept ans et cela s'est très bien passé. Puis j'ai assumé un poste de cadre par interim pendant six mois. J'en occupe un autre pour les six prochains mois environ, dans un centre d'hébergement. Mais j'ai toujours mon poste de coordonnatrice des activités des infirmières au soutien à domicile.

Au départ, je dois dire qu'il y avait plusieurs choses à apprendre pour assumer le poste de coordonnatrice correctement. J'ai eu la chance de pouvoir compter sur l'accompagnement de la responsable du programme ainsi que sur le soutien de mes collègues infirmières. Je n'avais pas d'expertise clinique en maintien à domicile, mais je reconnaissais volontiers celle de mes collègues. À propos de différentes situations cliniques, je n'hésitais pas à leur demander au besoin: « Qu'est-ce que tu en penses? Comment composerais-tu avec ça? » Je n'avais aucun malaise à consulter mes collègues infirmières, certaines ayant d'ailleurs beaucoup d'expérience, et à discuter avec elles.

Quand j'ai commencé à ce poste, il y avait une quinzaine d'infirmières dans l'équipe de soutien à domicile. La responsable du programme a été une mentore pour moi. Nous nous rencontrions régulièrement, elle répondait à mes questions, elle me demandait mon opinion, elle me faisait confiance en m'accordant une marge de manœuvre. Nous avions des discussions très enrichissantes. Elle avait une rigueur hors du commun tandis que moi j'étais plus intuitive. Elle m'a appris à construire un argumentaire solide pour chaque demande faite à mes supérieurs. Je peux dire que j'ai beaucoup développé mon sens de la rigueur en la côtoyant.

Un peu plus tard, quand notre CLSC a fusionné avec un autre, nous nous sommes retrouvées une trentaine d'infirmières et deux coordonnatrices. Sept ans plus tard, nous étions une soixantaine d'infirmières. Puisque nous étions deux coordonnatrices, nous avons partagé les tâches. Ma collègue faisait les horaires et autres choses tandis que je m'occupais de tout ce qui concernait la planification organisationnelle, le travail en interdisciplinarité, le soutien et la dynamique des équipes. Je m'occupais aussi de faire la discipline dans l'équipe lorsque c'était requis. J'en parle au passé parce que, comme mentionné précédemment, j'ai changé de poste de travail il y a environ un an pour devenir cadre par interim. Je retournerai peut-être à mon poste de coordonnatrice une fois mon interim terminé.

Le développement de mon sens de la rigueur m'a servi pour plusieurs aspects de mon rôle de coordonnatrice des activités des infirmières au soutien à domicile. Par exemple, comme je m'occupais du dossier sur le travail en interdisciplinarité, il fallait de la rigueur pour peaufiner les demandes de référence à d'autres intervenants, tels qu'ergothérapeute, physiothérapeute, nutritionniste ou travailleuse sociale. Il ne fallait pas juste écrire quelque chose comme « Monsieur s'ennuie » comme motif d'une demande de référence à une travailleuse sociale, mais plutôt « besoin de soutien moral dû à la perte et au deuil de sa conjointe ». Il fallait mieux justifier nos demandes de référence et mieux communiquer leur degré d'urgence. Pour mieux cerner la raison d'une demande de référence, j'ai utilisé un outil que notre CLSC avait développé pour mieux comprendre l'offre de services de chacun des intervenants de l'équipe interdisciplinaire. Cela m'a aidée aussi à mieux comprendre jusqu'où l'infirmière pouvait aller avant de référer à un autre intervenant.

J'ai fait beaucoup de *coaching* auprès des infirmières pour les aider à occuper tout leur champ d'exercice avant de référer. Car plusieurs référaient de manière trop automatique (« Il y a un besoin, je réfère ») alors qu'il fallait plutôt approfondir l'évaluation de la situation en se posant des questions telles que : quel est le besoin (ou les besoins) de la personne au juste? Perçoit-elle ce besoin? Veut-elle se faire aider par un autre intervenant? Que puis-je faire comme infirmière, jusqu'où puis-je aller? Avant de faire une référence, il faut donc approfondir l'évaluation, avoir une bonne compréhension du travail des intervenants des autres disciplines ainsi qu'une certaine compréhension de leur réalité-terrain.

Car pour que le travail en équipe interdisciplinaire soit harmonieux, il est souhaitable que chaque intervenant comprenne la réalité-terrain de l'autre. Par exemple, les infirmières n'ont pas à gérer une liste d'attente alors que c'est très souvent le cas pour les intervenants des autres disciplines. Quand j'étais coordonnatrice des activités des infirmières au soutien à domicile, je me souviens que les infirmières se demandaient

souvent pourquoi l'implication des autres intervenants n'arrivait pas plus tôt. Elles avaient souvent à compenser l'attente en dispensant, du mieux qu'elles le pouvaient, quelques conseils comme par exemple en nutrition, en attendant que la nutritionniste intervienne ou sur l'adaptation d'un logis pour le rendre plus sécuritaire en attendant que l'ergothérapeute intervienne.

Mon *coaching* auprès des infirmières en matière d'interdisciplinarité visait à les amener à une meilleure compréhension du travail et de la réalité-terrain des intervenants des autres disciplines. De mon côté, j'avais pu améliorer mes connaissances en la matière en participant à des rencontres avec les responsables des activités des autres intervenants dans le service de soutien à domicile (ergothérapeute, physiothérapeute, nutritionniste et travailleuse sociale). Aussi, j'ai participé à une formation d'une journée en animation d'équipe interdisciplinaire. J'y ai appris des choses. Par la suite, il m'est arrivé d'animer des rencontres entre une infirmière et les autres intervenants de l'équipe interdisciplinaire avec qui elle travaillait dans une situation clinique donnée.

En tant que coordonnatrice des activités des infirmières au soutien à domicile, j'avais à exercer un leadership clinique. Mais je n'étais pas toujours consciente que c'est ça que je faisais. Le leadership clinique infirmier, pour moi c'est d'abord un leadership. C'est un terme général. Ensuite, le leadership est adapté au milieu où on l'exerce. Le leadership clinique infirmier implique d'avoir une certaine expertise, des connaissances de base. Mais ça ne va pas d'emblée avec le fait d'être un expert ou d'avoir beaucoup d'expérience. Une personne peut être une experte et avoir beaucoup d'expérience, mais ne pas vraiment avoir de leadership au quotidien. Pour moi le leadership clinique infirmier c'est quelque chose qui s'applique au quotidien, c'est une attitude en soi, une façon d'être. On associe souvent le leadership à un rôle de gestion, mais une personne n'a pas besoin d'occuper un poste de cadre formel pour avoir cette attitude. Je crois que le leadership clinique infirmier est une attitude et qu'en conséquence, il peut être exercé à n'importe quel niveau : il s'agit d'« avoir l'attitude ».

« Avoir l'attitude » se manifeste par une grande écoute et par un comportement hyperconstructif. Cela implique de respecter les autres, de collaborer avec eux, de rechercher ensemble les solutions aux problèmes rencontrés. C'est reconnaître qu'on ne sait pas tout, qu'on n'a pas les réponses à tout. Cela implique une ouverture d'esprit, des aptitudes à travailler en équipe et la capacité de s'adapter rapidement. « Avoir l'attitude » c'est aussi vouloir faire avancer les choses. Face aux changements qui doivent être apportés dans nos milieux de travail, « avoir l'attitude » est quelque chose de gagnant quand vient le temps d'influencer les gens pour qu'ils adhèrent à ces changements. Pour que les gens adhèrent aux changements, ils doivent sentir qu'on les a écoutés et que l'on tient compte de leur réalité. « Avoir l'attitude » communique cette volonté sincère de bien comprendre la réalité du terrain. En ce qui me concerne, peu importe le poste hiérarchique que j'occuperais dans une organisation, je trouve ça important d'aller sur le terrain, pour rencontrer les membres de l'équipe et comprendre leur réalité. Ça aide à maintenir une relation de confiance.

Comme coordonnatrice au soutien à domicile, j'ai parfois eu à intervenir au plan disciplinaire, par exemple en rappelant aux membres de mon équipe les attentes des personnes soignées à leur égard ou celles de l'employeur. Il s'agit d'une responsabilité qui vient avec l'exercice du leadership ou de la gestion et qui n'est pas toujours des plus agréables à effectuer. « Avoir l'attitude » facilite les interventions de cette nature.

Je mélange parfois le leadership et la gestion. Pour moi, la gestion implique la responsabilité d'un budget alors que l'exercice du leadership peut se faire sans cette responsabilité. Par exemple, une mère de famille peut exercer beaucoup de leadership et s'occuper ou non d'un budget! Idéalement, un gestionnaire devrait être capable d'exercer un leadership, mais ce n'est pas toujours le cas. Je crois qu'une des responsabilités d'un gestionnaire est d'introduire des changements. Je crois aussi que la personne qui est capable d'exercer un leadership saura comment s'y prendre pour introduire les

changements avec succès. Il serait souhaitable que ce soit le gestionnaire qui exerce le leadership requis. Mais ce n'est pas nécessairement le cas.

Je crois beaucoup au travail d'équipe et à la responsabilité partagée. Tout ne repose pas sur mes épaules : je ne me mets pas cette pression. Que ce soit comme coordonnatrice au soutien à domicile ou dans mon travail actuel comme cadre, quand j'ai une décision à prendre, j'aime impliquer les membres de l'équipe dans le processus décisionnel. Par exemple, lorsqu'il y a un problème, je consulte. Je rencontre d'abord quelques personnes. Ça peut être des infirmières que j'identifie comme ayant un jugement clinique sûr et une ouverture d'esprit. Des personnes qui sont capables de voir au-delà de leurs propres besoins. Souvent, ce sont des personnes qui exercent un leadership clinique infirmier informel dans leur milieu de travail immédiat. C'est important de travailler avec les personnes qui exercent un leadership informel, et ce, autant pour les avoir comme alliées, que pour avoir des discussions constructives lorsqu'elles ont des points de vue différents des miens. C'est pourquoi je parle d'ouverture d'esprit. Car il en faut pour être constructif, pour trouver ensemble des solutions et les mettre en œuvre.

Après avoir consulté quelques personnes de confiance, je rencontre l'équipe. Ça irait sûrement plus vite si je décidais toute seule dans mon bureau, après avoir consulté, et si j'imposais des solutions. Mais lors de la mise en œuvre sur le terrain, les membres de l'équipe me feraient probablement part des limites de mes solutions, des autres problèmes qu'elles entraînent, etc. Alors je préfère impliquer les membres de l'équipe dans le processus décisionnel et dans la recherche de solutions. Je leur souligne que nous travaillons tous pour le mieux-être du client. Je veux que les membres de l'équipe expriment leurs idées pour qu'on arrive ensemble à régler ou du moins à diminuer les problèmes. Il faut donc se rencontrer, tenir des réunions. Ce n'est pas toujours facile à faire, mais j'ai toujours réussi à le faire. Ça prend peut-être plus de temps, mais c'est plus efficace à long terme et le climat de travail est meilleur.

Je vise à ce que les problèmes soient réglés au fur et à mesure qu'ils se présentent, sans attendre, car si on attend, ils risquent de s'aggraver. Lorsqu'un problème est installé depuis longtemps, par exemple un problème de communication qui perdure ou un conflit de personnalité entre collègues, il faut s'attendre à ce que le problème se règle par étapes, sur une plus longue période. Il est vraiment préférable de régler les problèmes au fur et à mesure qu'ils se présentent, sans attendre.

Pour en revenir à mon travail de coordonnatrice des activités des infirmières au soutien à domicile, je peux dire qu'en plus de mes tâches en lien avec l'interdisciplinarité, je faisais aussi du soutien direct aux infirmières. Par exemple, lors de visites à domicile une infirmière pouvait me téléphoner en me disant qu'elle n'arrivait pas à faire une ponction veineuse chez une personne souffrant de déshydratation tandis qu'une autre infirmière pouvait me téléphoner en me disant que l'un de ses patients refusait d'aller à l'hôpital malgré une dégradation importante de son état de santé. Je devais trouver quelqu'un pour aller effectuer la ponction veineuse et je devais soutenir l'infirmière aux prises avec une personne refusant un traitement. J'ai souvent eu à trouver et à appliquer des solutions dans l'action. Je devais faire preuve de débrouillardise et de capacité à prioriser mes interventions.

La capacité de bien prioriser est quelque chose que j'ai développé au fil du temps. Je dois dire que le fait de discuter et de travailler avec des intervenants en psychosocial, par exemple des travailleuses sociales, m'a permis de développer une meilleure capacité de discernement quant à ce qui est urgent et ce qui l'est moins. Car la notion d'urgence pour une infirmière n'est pas la même que la notion d'urgence pour une travailleuse sociale ou pour une nutritionniste. Quand une infirmière me téléphonait en me faisant état d'un problème clinique, je posais des questions afin de voir avec elle quel était le niveau d'urgence réel. J'avais besoin de savoir s'il s'agissait d'une urgence médicale ou d'une urgence psychosociale. Puis nous déterminions le degré d'urgence et les interventions à faire. Je crois que j'ai aidé les infirmières de l'équipe de soutien à domicile à mieux

identifier le degré d'urgence dans les différentes situations cliniques rencontrées. Je trouve ça important de promouvoir le développement professionnel de mes collègues et de les soutenir dans cette voie.

J'aimerais que les infirmières occupent davantage le champ d'exercice que la loi leur permet. Par exemple, au soutien à domicile il revient souvent aux infirmières de procéder à l'évaluation approfondie de la situation clinique des personnes soignées : je réfère ici à l'outil multicientèle. Or, même si elles sont formées pour le faire, plusieurs infirmières ont des réserves par rapport à cette activité. Il me semble qu'au contraire, cela est tout à fait dans notre champ de pratique. Nous devrions considérer cette activité comme une occasion pour nous, les infirmières, de mieux occuper notre champ d'exercice puisque nous sommes formées et que nous sommes capables de faire cette évaluation approfondie. Je vois cette activité comme une corde de plus à notre arc. Et en plus, ça développe notre équipe!

J'aimerais aussi que le rôle des infirmières au soutien à domicile soit davantage reconnu pour ce qu'il est. Par exemple, seulement trois infirmières de mon équipe portent le titre de « gestionnaires de cas ». Ces infirmières prennent soin d'un moins grand nombre de personnes, mais la situation clinique de ces personnes est plus complexe. À mon avis, toutes les infirmières au soutien à domicile font, à des degrés divers, de la gestion de cas. Ainsi, quand une infirmière s'occupe des traitements pour une plaie, que cette plaie se dégrade, que la personne ne se nourrit pas bien, qu'elle n'a pas de famille, quand l'infirmière doit communiquer avec le chirurgien, faire une référence en nutrition, donner quelques conseils à la personne en attendant que la nutritionniste intervienne, quand cette même infirmière doit faire une référence en transport parce que la personne est maintenant assez autonome pour se déplacer au CLSC pour la réfection du pansement, j'appelle ça faire de la gestion de cas, même si l'infirmière ne porte pas le titre officiel de gestionnaire de cas.

Dans mon poste actuel de cadre, je dois faire beaucoup de gestion. J'ai dû apprendre à m'organiser pour effectuer correctement toutes les tâches reliées à la gestion, tout en continuant d'exercer un leadership clinique infirmier. Cela n'est pas une mince affaire!

Le processus plus formel pour devenir cadre a commencé il y a quelque temps quand mon CSSS m'a invitée, comme une vingtaine d'autres personnes, à participer à une formation destinée à la relève des cadres. Des personnes provenant de différents CSSS étaient aussi invitées. Cette formation portait sur la gestion et le leadership. Le processus de sélection comprenait différentes phases. Je dois dire que ce processus de sélection fut pour moi un excellent exercice de gestion du stress!

Le processus en question comprenait des tests psychométriques, une entrevue de presque une heure avec un psychologue industriel, des informations détaillées sur les résultats des tests (sous forme de rapport), puis une autre entrevue avec le psychologue où celui-ci nous expliquait les résultats des tests. J'estime que cela a constitué une évaluation très rigoureuse de mon potentiel de cadre. J'ai été sélectionnée, ainsi que trois autres personnes de mon CSSS pour participer à la formation. Celle-ci s'est déroulée sur deux ans et demi, à raison d'un vendredi et d'un samedi par mois. Les frais reliés à la formation étaient assumés par mon CSSS, par l'Agence de santé et des services sociaux de ma région ainsi que par moi-même.

J'ai trouvé la formation très intéressante. Grâce à des exercices variés, comme par exemple des lectures, l'utilisation d'outils et la réflexion, j'ai pu mieux comprendre les concepts reliés à la gestion et au leadership. Cela m'a aidée à construire ce que j'appelle des « balises théoriques ». Les personnes qui étaient responsables de la formation avaient surtout été de hauts dirigeants. Très peu avaient été des cadres intermédiaires. Ils étaient tous de belles personnes. Mais j'aurais aimé que certaines d'entre elles soient ou aient été des cadres intermédiaires. J'aurais aimé qu'elles nous parlent et nous aident à faire de la gestion ou exercer notre leadership dans notre contexte. Parce que c'est bien beau

d'apprendre la théorie, mais j'aurais aimé apprendre aussi à appliquer cette théorie dans notre contexte où nous côtoyons les familles, où nous devons jongler avec des restrictions budgétaires, un manque de ressources, de temps, etc. Quand j'y pense, je me dis qu'avoir été coordonnatrice des activités des infirmières au soutien à domicile a été mon école pour apprendre à exercer le leadership. J'ai plus appris à exercer un leadership en vivant des expériences au quotidien comme coordonnatrice au soutien à domicile, en faisant des essais et des erreurs et en posant un regard réflexif sur ce que je faisais, qu'en participant à une formation structurée comme l'était la formation que j'ai suivie.

Il faut dire que j'ai toujours aimé davantage apprendre en faisant quelque chose que d'apprendre de façon plus académique ou par cœur. À l'université, ma façon d'apprendre c'était de me trouver une amie qui apprenait comme moi. Je ne voulais pas étudier toute seule. Je lisais à voix haute ce qu'il fallait apprendre. Nous en parlions, nous assimilions. C'est comme ça que nous apprenions.

Avec le temps, j'ai compris que lorsqu'on exerce un leadership clinique, il est préférable de rester soi-même, de ne pas essayer d'être quelqu'un d'autre, sinon ça ne passe pas. J'utilise l'humour et je suis parfois spontanée. Je garde toutefois une certaine réserve étant donné qu'occasionnellement j'ai à intervenir au plan disciplinaire. Mais, faire partie de l'équipe et bien comprendre la réalité-terrain demeurent des choses très importantes pour moi. Ça, et « avoir l'attitude »!

4. LE RÉCIT DE VIE DE CLAUDINE

Je m'appelle Claudine. J'ai une expérience variée en soins infirmiers, mais depuis quelques années je pratique en CLSC, auprès de la clientèle des jeunes familles, en particulier auprès de mères et d'enfants. Sensible aux enjeux de santé publique, je crois profondément que la santé d'une population repose en grande partie sur la santé des mères et des bébés. J'y crois tellement que je n'ai pas hésité à investir temps et énergie afin que les soins infirmiers auprès de cette clientèle soient sans cesse améliorés. J'en parle au

passé car j'ai interrompu ma pratique en CLSC il y a presque un an, pour prendre un congé d'étude de deux ans. Comme je veux toujours faire plus et mieux et que je sentais que je n'accompagnais pas les familles assez bien, j'ai décidé de faire une maîtrise pour devenir infirmière en pratique avancée. C'est cette formation que je poursuis actuellement.

Le poste que j'occupais au CLSC jusqu'à mon congé d'étude n'est pas un poste hiérarchique formel dans l'organisation, au sens où ce n'est ni un poste de gestion ni un poste d'éducatrice. C'est un poste d'infirmière ayant un baccalauréat, soit un poste d'infirmière clinicienne. Je n'ai jamais voulu prendre un poste où j'exercerais un leadership formel, car je préfère exercer un leadership informel. J'attribue cela au fait de ne pas avoir l'ambition d'occuper un poste hiérarchique formel.

Dans le cadre de mon travail au CLSC en petite enfance, je fais des visites prénatales, mais surtout postnatales. Je vois l'allaitement comme un enjeu de santé publique. J'y crois beaucoup pour améliorer la santé des enfants et de la population en général et je voudrais que les taux d'allaitement s'améliorent. Il y a quelques années, même si je pouvais compter sur mes connaissances et mon expérience personnelle d'avoir allaité mes enfants, je trouvais que je n'arrivais pas à aider correctement les mères à allaiter. Étant donné l'importance de cet enjeu, j'ai décidé de devenir consultante en lactation. J'ai fait par moi-même la très rigoureuse formation requise et j'ai passé les examens pour être reconnue comme consultante en lactation. J'ai obtenu cette reconnaissance internationale et je dois dire que je me sens mieux outillée dans mon travail.

En plus de m'occuper du dossier de l'allaitement à mon CLSC, je fais de la vaccination en petite enfance. Aussi, j'ai mis sur pied des cliniques, par exemple, une clinique pour bébés prématurés. De plus, j'ai implanté un club de lecture et j'ai élaboré des capsules d'enseignement portant, par exemple, sur l'évaluation de l'allaitement ou encore sur l'évaluation de la mère et du nouveau-né. Ma pratique au CLSC est très axée sur la promotion de la santé. Il y a beaucoup de travail à faire pour promouvoir le

changement de certains comportements des personnes rencontrées. J'ai développé un intérêt marqué pour l'entretien motivationnel, une approche respectueuse pour accompagner les gens dans leur processus vers l'adoption de comportements plus sains. Comme mes collègues partagent cette préoccupation, j'ai fait de l'enseignement sur ce sujet. Elles ont trouvé l'approche très intéressante et aidante. Au CLSC je fais de l'enseignement principalement sur trois thèmes distincts, mais je n'aime pas que l'on me qualifie d'experte car pour moi l'expertise, ce sont les gens eux-mêmes qui l'ont.

Avant de partir en congé d'étude, une grande partie de mon travail au CLSC consistait à faire de l'enseignement, non seulement auprès des infirmières mais aussi auprès des autres membres de l'équipe interdisciplinaire. Ma supérieure me dégageait de certaines de mes activités d'infirmière clinicienne afin que je puisse m'impliquer davantage dans l'enseignement aux collègues. Je trouvais important de faire de l'enseignement non seulement aux collègues, mais aussi aux autres membres de l'équipe interdisciplinaire comme par exemple la travailleuse sociale, la nutritionniste ou la psychoéducatrice, étant donné qu'elles sont souvent impliquées dans les suivis en petite enfance. Je me disais que nous aurions de meilleurs résultats si toute l'équipe interdisciplinaire avait le même enseignement. Il n'était pas rare que des membres de l'équipe interdisciplinaire me téléphonent pour me poser des questions, discuter d'un cas ou encore pour me demander de préparer une formation.

C'était la même chose avec mes collègues infirmières. Elles me téléphonaient ou passaient me voir à mon bureau, principalement pour discuter de problèmes ou de difficultés rencontrés dans la pratique. Je regardais la situation avec elles, je leur posais des questions ouvertes pour qu'elles arrivent à identifier ce qui serait le plus pertinent à faire. Je voudrais que les infirmières prennent davantage conscience de l'impact positif majeur qu'elles peuvent avoir auprès des familles dont elles prennent soin. C'est sûr que pour avoir cet impact, il faut des connaissances. J'ai toujours cherché à améliorer mes connaissances et je trouvais important de les partager avec mes collègues. C'est pour cela

que j'ai mis sur pied un club de lecture et que j'ai élaboré des capsules pour enseigner des choses importantes pour la pratique au quotidien.

Les activités de formation que j'ai élaborées, autant les capsules que les formations accréditées auprès de groupes, étaient toutes basées sur des problèmes ou des difficultés rencontrés dans la pratique. Je suis très terrain. Je veux aider les infirmières à améliorer leurs connaissances et je veux leur fournir des outils concrets pour résoudre les problèmes ou les difficultés rencontrés. J'inclus parfois dans mon enseignement, de petites théories simples qui aident à comprendre et à résoudre les problèmes. J'ai toujours aimé ça résoudre des problèmes. J'aime chercher et trouver des solutions. Je me dis que ça vient peut-être de mon grand-père qui était inventeur! En tout cas, c'est quelque chose de très motivant pour moi.

Même si j'ai parfois de la difficulté à l'admettre, je dois reconnaître que dans ma pratique, j'exerce un leadership clinique infirmier. Parfois je trouve que cet exercice du leadership est un peu malgré moi. Quand on me demande de définir le leadership clinique infirmier, je réponds que c'est être capable d'amener la pratique infirmière à un niveau supérieur, que c'est être capable d'amener une idée plus loin, avec des collègues, pour améliorer la pratique. C'est être capable de mobiliser les gens, de les rassembler autour d'un objectif commun qui améliore les soins de santé.

Le leadership clinique infirmier est quelque chose qui existe dans un groupe. L'aspect relationnel est très important, du moins pour l'exercice du leadership clinique infirmier de la façon dont je le conçois. Être capable de discerner le caractère des gens et comprendre les interactions qu'ils ont entre eux est quelque chose de très aidant autant pour choisir ses coéquipiers en contexte scolaire, que pour exercer un leadership clinique infirmier en milieu de travail.

Je peux dire que j'ai développé une capacité à discerner le caractère des gens et à comprendre les interactions qu'ils ont entre eux. Je crois que c'est parce que ça fait très

longtemps que je les observe. Toute petite, j'avais remarqué que certains comportements attiraient les gens, comme par exemple un sourire, alors que d'autres les éloignaient, comme par exemple se plaindre. Comme je ne voulais pas me retrouver toute seule et que je voulais être aimée, j'ai reproduit les comportements gagnants! Cela y a été pour beaucoup dans mon développement comme personne et comme personne qui exerce un leadership.

J'ai vécu des choses difficiles dans mon enfance; j'aurais pu me développer tout autrement. Mais je me souviens d'avoir pris la décision, très jeune, d'être positive, de dégager une atmosphère positive autour de moi, d'être une personne intéressante! Je me souviens aussi d'avoir pris la décision, à 14 ans, de devenir infirmière. J'étais hospitalisée et l'infirmière qui s'occupait de moi démontrait beaucoup de gentillesse. Après le départ de mes parents, elle m'avait prise dans ses bras pour me consoler. C'est là que j'ai décidé que je voulais être infirmière.

J'ai fait ma formation infirmière initiale dans une université anglophone. J'avais alors un diplôme d'études collégiales en sciences de la nature en plus d'un baccalauréat international. On dirait qu'il faut toujours que j'en fasse plus, un seul diplôme ce n'était pas suffisant pour moi pour entrer à l'université! L'idée d'aller en médecine m'a traversé l'esprit. Mais je suis revenue à mon idée première et suis allée en sciences infirmières. Après l'obtention de mon diplôme, j'ai travaillé un an dans un hôpital universitaire anglophone. Puis, je suis partie travailler dans un pays d'Europe, toute seule.

J'y ai travaillé pendant environ un an et demi, dans une unité de soins cardiaques intermédiaires. C'est dans ce pays que j'ai rencontré mon mari. Puis, nous sommes allés dans un autre pays où j'ai travaillé pendant environ six mois dans une unité des soins aux personnes avec un traumatisme de la colonne vertébrale. Nous avons ensuite voyagé pendant un an. Puis, nous nous sommes installés dans un pays où nous sommes restés pendant environ six mois. Mon conjoint, qui est aussi infirmier, travaillait toujours dans le même secteur d'activité clinique tandis que moi je m'adaptais à un emploi dans un

nouveau secteur à chaque fois. Je peux dire que j'ai développé ma capacité d'adaptation! De retour au pays, je suis allée travailler à l'unité des soins intensifs pédiatriques d'un hôpital universitaire. J'y suis restée six ans. Un peu fatiguée des longs trajets que je devais accomplir chaque jour pour me rendre au travail et en revenir, j'ai appliqué pour un poste en petite enfance, dans un CLSC plus près de chez moi. J'ai obtenu le poste. Les deux premières années, je me suis un peu ennuyée de l'action des soins intensifs, mais plus par la suite. À travers tout ça, j'ai eu mes enfants.

Après toutes ces expériences de travail et de vie, je me suis retrouvée dans un CLSC en petite enfance. J'y ai de plus en plus fait ma place, et j'en suis arrivée à exercer un leadership clinique infirmier. Pour exercer un leadership clinique infirmier, je crois qu'il faut des caractéristiques intrinsèques telles qu'être positive, ne pas avoir peur des défis, pouvoir aller chercher chez les gens leurs forces, ce qu'ils ont de beau et de bon. Pour pouvoir exercer un leadership clinique infirmier il faut aussi avoir de l'énergie, être travaillante, être très persévérante et ne pas trop compter ses heures. J'ai souvent eu à préparer des dossiers à la maison, afin qu'ils soient bien ficelés et prêts à être présentés aux gestionnaires. Il faut être capable de bien argumenter son point de vue pour le défendre et avoir le souci de garder ses connaissances à jour. Je complèterais en disant qu'il faut une bonne capacité d'observation, d'analyse et de réflexion.

Depuis mon plus jeune âge, j'ai l'impression d'exercer une influence autour de moi. Quand on est petit, on ne sait pas encore que c'est ça qu'on fait, exercer un leadership. C'est comme si on avait le tempérament pour faire ça. C'est naturel. J'étais un leader positif. Et j'ai toujours cherché à m'entourer de gens positifs.

Encore aujourd'hui, j'essaie de m'entourer le plus possible de gens positifs. Je trouve que l'un des obstacles à l'exercice du leadership clinique infirmier, c'est la présence de personnes négatives au sein du groupe. Quand j'ai à composer avec des personnes négatives, j'essaie de faire ressortir leurs forces, de me concentrer sur ce qu'il y a de beau et de bon en eux. Je les écoute. Cette approche donne très souvent de bons

résultats. Il y a d'autres freins à l'exercice du leadership clinique infirmier, comme par exemple les contraintes de temps et d'argent quand vient le moment de faire avancer une idée ou un projet. Quand des obstacles se présentent, j'essaie de les contourner et je réussis presque toujours. Il faut se recentrer sur l'objectif commun et créer l'espace pour le changement. Dans mon cas, l'objectif commun est la santé des mères et des bébés. Je trouve presque toujours une autre façon pour que se concrétise l'idée ou le projet, une façon qui prend moins de temps ou qui est moins coûteuse. Je l'ai dit, j'aime résoudre des problèmes, chercher et trouver des solutions. Et cela s'applique dans tous les aspects de ma vie!

Je viens de parler des obstacles à l'exercice du leadership clinique infirmier. Il y a aussi des facteurs qui l'encouragent. Je dirais que l'un des facteurs qui facilitent l'exercice du leadership clinique infirmier est le soutien. Celui du milieu bien sûr, par exemple le soutien des personnes en autorité et le soutien des collègues-alliés qui voient la pertinence de faire ce que je fais. Ce type de soutien peut se manifester par des encouragements ou encore par de l'aide concrète pour la préparation de documents. Le soutien du milieu se manifeste aussi par le fait d'accepter de réaménager une tâche d'infirmière clinicienne pour faire plus de place à des activités d'enseignement aux pairs ou aux autres membres de l'équipe interdisciplinaire. Au CLSC, le milieu devait croire en ce que je faisais, au point de vue enseignement, car il permettait de tels aménagements dans ma tâche de travail.

Il existe un autre type de soutien, un soutien qui vient de l'extérieur du milieu de travail et qui est tout aussi important. Je veux parler du soutien de mon conjoint. Je n'aurais pas pu faire ce que j'ai fait au CLSC, si mon conjoint ne m'avait pas soutenue.

Comme autre facteur facilitant l'exercice du leadership clinique infirmier, je dirais que c'est d'avoir une vision claire des soins infirmiers. Je considère qu'avoir une vision claire des soins infirmiers m'a beaucoup aidée à exercer un leadership clinique infirmier. Au CLSC, je sais quel est mon rôle comme infirmière en petite enfance et j'agis en

cohérence avec ce rôle. Pour moi, être infirmière signifie comprendre l'expérience vécue par les familles et les personnes et être capable de les guider dans la recherche de ce qu'ils veulent comme santé. Bien sûr, cela n'exclut pas le regard professionnel de l'infirmière. Mais tout part de la famille ou de la personne. Je pense que si l'on comprend cela et que l'on est capable de faire une bonne évaluation de chaque situation clinique, on peut vraiment bien accompagner les familles dans ce qu'elles veulent, dans leur processus de santé ou dans leur processus de santé dans la maladie.

Je me sens très redevable à l'université où j'ai fait mon baccalauréat en sciences infirmières car je trouve que ma vision des soins infirmiers est très claire comparativement à celle de plusieurs de mes collègues. À cette université, nous n'avions pas le choix : il fallait avoir une vision claire des soins infirmiers et la vision des soins infirmiers était celle enseignée. Je considère que cet apprentissage y est pour beaucoup dans mon apprentissage pour exercer un leadership clinique infirmier.

Dans mon programme de formation infirmière initiale, j'ai appris à avoir une pensée solide. En fait, il serait plus juste de dire que j'ai appris à structurer ma pensée dès mon plus jeune âge et que j'ai appris à la rendre plus solide à l'université. Je dis cela étant donné que dans mon enfance, j'ai souvent entendu mes parents et mon grand-père me dire : « Dis-nous clairement ce que tu veux dire ». J'ai appris tôt à organiser ma pensée et à l'exprimer clairement!

Une autre chose que je retiens de mon passage à l'université et qui me sert encore dans l'exercice du leadership, c'est l'importance de la recherche, l'importance d'appuyer ses actes infirmiers ou son argumentaire sur des écrits rigoureux. À l'université, nous faisons des débats. Cela m'a permis de développer mes aptitudes à argumenter et à défendre mon point de vue. Je trouve qu'il s'agit d'un apprentissage important dont je me sers encore dans mon exercice du leadership clinique infirmier. Car pour faire avancer une idée ou un projet, il faut y croire et il faut utiliser des arguments rigoureux pour convaincre les gestionnaires de ses bienfaits.

Quand je repense à ma vie jusqu'ici, j'arrive à identifier des apprentissages importants qui ont contribué à ma préparation pour exercer un leadership clinique infirmier. J'ai parlé plus haut des apprentissages que j'ai faits dans le cadre de mon programme de formation infirmière initiale. Je dois dire que dans ma formation actuelle de maîtrise en sciences infirmières, la place accordée au leadership est beaucoup plus grande. Il s'agit d'un aspect très valorisé que nous devons développer explicitement en vue d'une pratique infirmière avancée.

J'ai aussi fait, ailleurs, des apprentissages importants pour exercer un leadership clinique infirmier. Par exemple, puisque que mes parents vivaient des choses difficiles quand j'étais jeune, j'ai dû apprendre très tôt à être autonome et à m'organiser. J'ai parfois rencontré des obstacles que j'ai dû surmonter seule. J'ai appris à y faire face, à tomber, à me relever et à continuer. Encore aujourd'hui, je ne m'arrête pas devant l'adversité : ça me motive! J'ai appris très tôt à aller chercher dans mon entourage ce qu'il me fallait, ce dont j'avais besoin. J'ai compris l'importance des alliés. Il n'est donc pas surprenant qu'aujourd'hui je n'aie pas de difficulté à identifier mes alliés dans un groupe ou à aller chercher les activités de formation dont j'ai besoin pour me développer professionnellement. J'ai un grand besoin de toujours me former davantage et je participe souvent à des activités de formation continue. En fait, je ressens le besoin de toujours en faire davantage et ce, dans les différents aspects de ma vie. Au travail s'il y a six familles à voir, j'ai tendance à vouloir en prendre quatre et à laisser les deux autres à ma collègue. Dans les travaux scolaires, j'en fais un peu plus que mes coéquipières ou coéquipiers. Même dans les loisirs, si j'ai l'impression que personne ne le fera, je vais m'avancer et assumer le rôle de coach au soccer. Je me sens responsable et je m'en mets beaucoup sur les épaules.

Cela m'amène à parler de sport. J'ai fait beaucoup de sports, des sports d'équipe. En pratiquant des sports d'équipe, tu apprends à vivre en équipe, à tirer le meilleur des autres et de toi-même. C'est utile pour apprendre à exercer un leadership. Et j'ai été dans

toutes sortes de comités, j'étais très engagée. J'ai aussi été chef de la classe. Toutes ces activités m'ont permis de peaufiner mon sens de l'observation et de l'analyse car, comme je le disais plus haut, c'est depuis que je suis toute petite que j'observe les comportements des gens. J'ai beaucoup appris de cette façon. Je me suis rendu compte que plus il y a des personnes qui partagent ton point de vue, mieux ça va. J'ai aussi constaté que si tu es là pour les autres, les autres seront là pour toi. Je vois l'exercice du leadership clinique infirmier comme quelque chose de très relationnel. Comme leader, je pense qu'il faut essayer de rejoindre chaque personne dans ce qu'elle est.

Je ne peux pas dire qu'il y a une personne en particulier que je pourrais identifier comme un mentor. Mais je peux dire que j'ai côtoyé plusieurs personnes inspirantes ou qui m'ont encouragée comme par exemple, mon grand-père, une tante, mon mari, mon supérieur immédiat à l'une des unités de soins où j'ai travaillé ou encore une collègue consultante en lactation.

J'aime beaucoup être infirmière et ce que j'ai trouvé le plus difficile dans l'exercice du leadership, c'est de ne pas pouvoir être partout à la fois! Je m'explique : lorsque mes enfants étaient très jeunes, j'ai dû mettre mes activités professionnelles en veilleuse pour quelque temps. Je ne pouvais pas être à la fois une mère présente à 100 % pour ses enfants et une infirmière présente à 100 % pour les personnes qu'elle soigne et pour ses collègues. J'aurais voulu être présente à 100 % partout, dans tous les aspects de ma vie. J'ai choisi de prioriser ma famille et je ne le regrette vraiment pas. Mes enfants grandissent et je terminerai bientôt une maîtrise qui me conduira en pratique infirmière avancée. Je sens qu'il y a encore de très belles expériences personnelles et professionnelles devant moi!

5. LE RÉCIT DE VIE DE BRIGITTE

Je m'appelle Brigitte. À l'aube de la retraite, je dois dire que je suis un peu surprise d'avoir été approchée comme personne participante à cette recherche, car je me vois

beaucoup plus comme une « harmonisatrice » dans mon milieu de travail que comme une personne qui exerce un leadership clinique infirmier. Bien sûr, cela dépend de la signification que l'on accorde au leadership. J'aurai l'occasion d'en parler plus loin. Je crois que c'est principalement à cause de ma passion pour l'enseignement, à cause de mes connaissances en promotion de la santé et en prévention, à cause de mon expérience, peut-être aussi à cause de ma façon d'être, que mes collègues infirmières en santé scolaire voient en moi une personne qui exerce un leadership clinique infirmier.

Je fais référence à ma passion pour l'enseignement, à mes connaissances et à mon expérience, parce que j'ai enseigné au baccalauréat en sciences infirmières à titre de chargée de cours pendant six ans et à titre de professeure pendant 12 ans. J'ai beaucoup enseigné en promotion de la santé et en prévention. J'ai une maîtrise en sciences infirmières et j'avais débuté un doctorat. Des événements de différente nature, sur lesquels je reviendrai plus loin, ont motivé ma décision prise il y a longtemps de ne pas poursuivre mon doctorat et ma décision plus récente de retourner à la pratique infirmière sur le terrain. J'ai toutefois choisi soigneusement le secteur d'activité où je voulais reprendre l'exercice clinique de ma profession : la santé scolaire. Ce secteur d'activité me permet de conjuguer ma passion, l'enseignement, avec d'autres intérêts tout aussi forts : la promotion de la santé et la prévention ainsi que les soins infirmiers communautaires.

Au CLSC, je suis infirmière en santé scolaire depuis huit ans. Je fais beaucoup d'enseignement en promotion de la santé et en prévention auprès des enfants. J'aime ce que je fais. J'ai l'impression d'être à la bonne place, de faire ce qui m'anime, d'être en cohérence avec qui je suis et avec ma façon de voir la vie. Je suis très sensible à cette impression d'être ou non à la bonne place et de faire ou non ce qui me donne le sentiment de croître personnellement. Cela a été et est encore aujourd'hui un puissant leitmotiv dans ma vie, autant personnelle que professionnelle.

Le poste que j'occupe au CLSC n'est pas un poste hiérarchique formel : c'est un poste d'infirmière clinicienne en santé scolaire qui requiert un baccalauréat en sciences

infirmières. On m'a aussi confié la responsabilité de soutenir mes collègues dans l'application d'une approche fort importante pour la promotion de la santé des jeunes et la prévention en contexte scolaire, soit l'approche École en santé. Il s'agit d'une approche implantée dans un nombre grandissant d'établissements scolaires au Québec. Je suis très à l'aise avec cette approche et j'aime ce rôle qui me permet d'aider mes collègues infirmières à mieux composer avec les différents enjeux liés à son application.

Quand j'entends le mot leadership, je pense à la personne qui est en avant, qui bat la marche, qui va naturellement avoir des idées et que les gens vont naturellement être portés à suivre. Cette personne doit mériter la confiance des gens. Il y a un leadership plus officiel, qui vient avec un poste de direction et il y a aussi un leadership qui vient avec la façon d'être d'une personne. Je réfère ici aux qualités de cœur d'une personne qui font qu'on a envie de la suivre. La personne qui exerce le leadership ne doit pas avoir seulement une mentalité cartésienne ou intellectuelle : elle doit connaître et croire en l'être humain, elle doit avoir des qualités de cœur, c'est-à-dire des oreilles pour bien écouter et des yeux pour voir au-delà des apparences. Ça prend la tête et le cœur. C'est ça qui assure un bon leadership. Et cette préoccupation pour la tête et le cœur, autrement dit cette approche qui valorise les objectifs à atteindre et les relations humaines, doit se retrouver à tous les niveaux hiérarchiques d'une organisation. Sinon, il va y avoir des blocages quelque part et l'exercice du leadership ne pourra pas être optimal. De plus, pour que l'exercice du leadership soit optimal, il faut que les gens qui l'exercent acceptent d'apprendre et de se remettre en question. Lorsque ces approches sont partagées par les personnes qui exercent un leadership dans une organisation, il y a une cohérence, le courant passe bien, il n'y a pas de blocage. L'exercice du leadership clinique infirmier peut alors être optimal.

Je reprendrais aussi une façon toute simple de voir le leadership, que j'ai retenue de mon baccalauréat en sciences infirmières obtenu à la fin des années '70 : il y a un leadership instrumental, qui est plus orienté vers les objectifs et la tâche (les choses à

faire) et il y a un leadership affectif, qui est plus orienté vers les relations humaines (les qualités de cœur). Lorsque des changements importants doivent être apportés, c'est comme si quelqu'un passait un *bulldozer* (le leadership instrumental) et qu'ensuite quelqu'un devait passer en arrière pour ramasser les dégâts (le leadership affectif). Les « dégâts », ce sont tous les deuils de nos façons de faire lorsqu'il y a un changement. Je ne veux pas nécessairement dire que la personne qui exerce un leadership instrumental n'a pas de cœur ou qu'elle est dénuée de toute sensibilité. Elle a du cran, un mandat à remplir, des objectifs à atteindre et c'est ce qu'elle priorise.

Je crois que le leadership clinique devrait s'exercer en tandem : le leadership instrumental pour que les choses se fassent, et le leadership affectif, plus doux, pour assurer la cohésion et l'unité autour du changement. Il peut arriver qu'une même personne puisse concilier ces deux formes de leadership. De telles personnes changent les choses, tout en étant des personnes de cœur. J'en ai connu au cours de ma carrière et elles m'ont inspirée. Certaines sont des femmes côtoyées en contexte universitaire, que je qualifierais de pionnières car elles avaient dû s'exiler pour poursuivre leurs études. C'était avant que des études de doctorat en sciences infirmières ne soient accessibles au Québec. D'autres sont des femmes côtoyées en contexte de pratique infirmière clinique. Ce que je retiens le plus chez ces femmes inspirantes qui exerçaient un leadership clinique infirmier est qu'elles étaient vraiment à l'écoute des personnes.

Dans mon rôle d'harmonisatrice, le côté affectif est très important. Il permet entre autres de favoriser un climat de travail agréable qui fait qu'on a du plaisir à travailler ensemble, que l'on se sent comme une famille. C'est d'autant plus important en périodes de restructuration ou de changements car ces périodes génèrent beaucoup de stress. J'accorde de l'importance au partage d'activités, ne serait-ce que de dîner ensemble parfois. C'est peut-être cet aspect que mes collègues me reconnaissent, un leadership affectif. Je crois qu'elles me reconnaissent aussi une expertise en promotion de la santé et en prévention. Elles sont à l'aise de communiquer avec moi pour discuter des

différentes activités qu'elles planifient faire dans leur école. J'ai tendance à ne pas leur donner de réponses toutes faites, mais à plutôt les accompagner dans leur démarche. Je leur rappelle l'importance de travailler avec les enseignantes et les enseignants de leur école pour bien planifier les activités. J'insiste sur l'importance de travailler avec les différents acteurs et actrices de l'école.

Les infirmières en santé scolaire font beaucoup d'activités d'enseignement. Elles reçoivent des demandes de la part de la santé publique et celles-ci suscitent différents types de réactions. Par exemple, dans le but de mieux documenter les activités faites par les infirmières en santé scolaire, la santé publique demande de définir davantage les contenus des activités d'enseignement et de les définir dans une grille. Cette grille est dans un document Excel. Non seulement les infirmières voient-elles cette demande comme un surplus de travail, mais elles vivent aussi, pour certaines, un grand inconfort relié à l'utilisation du logiciel Excel avec lequel elle ne sont pas familières.

Quand cette demande nous a été faite, il y a eu beaucoup de résistance. La collaboration de tout le monde n'était pas acquise. Dans un tel contexte, on ne saurait trop insister sur l'importance, pour la personne qui exerce un leadership, formel ou non, de reconnaître ce qui se vit, d'être authentique et à l'écoute. En tant que personne qui se voit comme une harmonisatrice, c'est l'approche que j'ai tendance à appliquer.

Dans mon rôle au CLSC, je me retrouve assez souvent entre l'arbre et l'écorce. D'une part je comprends la réalité des infirmières de terrain, qui est aussi la mienne et que je veux défendre. Mais d'un autre côté, il y a des demandes qui viennent de la direction, une direction d'ailleurs prête à nous soutenir dans les processus de changement.

Dans cette position entre l'arbre et l'écorce, je trouve qu'une personne qui exerce un leadership est souvent bien seule. Il y a des sujets dont elle ne peut pas vraiment parler avec les infirmières de terrain, en tout cas pas avec toutes. Et lorsqu'elle discute avec la direction, elle ne veut pas trahir la confiance que les infirmières de terrain lui accordent.

J'ai parfois à discuter avec la direction et je dois dire que j'y trouve du soutien. Nous nous soutenons mutuellement. En discutant avec les patrons, je trouve important d'avoir en tête les préoccupations des infirmières de mon équipe, leurs forces, leurs limites, leurs ressources. Ça me donne une idée d'où pourrait venir la résistance face au changement à venir. Je ne discute pas nécessairement de stratégie avec les patrons, mais j'ai à cœur de trouver comment faire passer un message ou un changement pour que ça se vive le mieux possible, pour qu'il y ait moins de résistance, pour que le changement ne soit pas vu comme un fardeau ou comme un poids de plus. J'essaie d'amener les infirmières à adhérer aux nouvelles façons de faire mais en respectant leur rythme et en leur expliquant le pourquoi des choses ainsi que les avantages qu'il pourrait y avoir pour elles dans ce changement.

Par exemple, en santé scolaire nous assistons à l'arrivée d'un nouveau projet en matière d'éducation à la sexualité. Ce projet ministériel fournit des outils pour les enseignantes, les enseignants et les personnes intervenantes scolaires comme les infirmières. Le projet peut être vu par certaines infirmières comme une contrainte (une chose de plus avec laquelle se familiariser) alors qu'il peut être vu par d'autres comme un soutien précieux et utile. J'ai eu à présenter ce projet aux infirmières avec lesquelles je travaille. Lorsque l'une d'entre elles m'a dit : « C'est bien théorique et bien compliqué tout ça! », j'ai senti ce que j'appelle une inspiration et lui ai calmement répondu ceci : « Si tu avais à élaborer une activité d'éducation à la sexualité, tu devrais faire une recension des écrits sur le sujet, tu devrais aller voir ce qui se fait ailleurs, tu devrais élaborer des activités, etc. ». J'ai ajouté que le projet renferme cette recension des écrits exhaustive faite par des experts ainsi que des suggestions d'activités. Je lui ai aussi dit que le projet est quelque chose de logique, qu'il nous évite de faire une bonne partie du travail et qu'en conséquence c'est un outil précieux qui peut nous faciliter la vie. Elle a semblé satisfaite de ma réponse. Ce que j'appelle l'« inspiration » me conduit à trouver et à utiliser dans ma réponse, l'argument auquel la personne qui fait le commentaire ou

qui pose la question sera sensible. Je parle aussi parfois d' « intuition » pour référer à ce phénomène.

Je ressens souvent cette inspiration lorsque j'ai à répondre à des commentaires ou à des questions. C'est un aspect de l'enseignement que j'aime beaucoup. La réponse me vient tout naturellement, je ne sais trop d'où, et je constate que c'est la réponse correcte, celle qui est requise à ce moment précis. On pourrait penser que c'est parce que j'ai beaucoup d'expérience en enseignement. Mais ce n'est pas que cela. Dès mes premières expériences comme chargée de cours à l'université, il y a plusieurs années, je trouvais les bonnes réponses aux questions posées par mes étudiantes, presque toutes des infirmières ayant plus d'expérience clinique que moi. Bien sûr, je préparais mes cours très soigneusement et j'étais prête à répondre aux questions. Mais je trouvais les réponses correctes à des questions qui dépassaient ce à quoi je m'étais préparée. J'appelle ça être inspirée. Je ne savais pas trop d'où arrivaient les réponses, mais je pouvais les formuler et les gens étaient satisfaits des réponses données. Cela peut sembler étrange, mais c'est comme ça que ça se passait et que ça se passe encore.

Lorsque ce phénomène se produit, j'ai tendance à l'attribuer au fait d'être à la bonne place, d'être dans mon élément et dans l'instant présent, de suivre ma voie, de faire ce pour quoi j'ai le plus d'habiletés ou de compétences, d'être en paix. Je valorise la simplicité et je crois que lorsque les choses sont trop compliquées, c'est qu'elles ne me conviennent pas, c'est que je ne suis pas à la bonne place. Lorsque les choses sont trop compliquées et que ma vie n'est pas simple ou lorsque j'ai l'impression de ne plus grandir ou de ne plus me développer comme personne, je fais des changements. Ainsi, lorsque c'est devenu très compliqué pour moi, il y a une vingtaine d'années, de concilier mon travail comme professeure à l'université, ma vie conjugale, ma vie familiale et mon besoin de développer d'autres facettes de moi-même que celles de professeure, d'épouse et de mère, je me suis demandée : « Qu'est-ce que je dois faire au juste? Est-ce que je dois faire tout cela? Quelle voie dois-je prendre pour me développer comme personne? »

J'ai alors fait un changement en décidant de démissionner de mon poste de professeure. Ce fut une décision déchirante, mais comme je voulais un autre enfant et que je voulais passer plus de temps avec ma famille, je n'ai pas regretté ma décision. J'ai comblé d'autres besoins, des besoins plus près de ce que je voulais réellement. J'ai toutefois continué à enseigner à cette université pendant quelques années, mais à titre de chargée de cours. Ce poste me semblait beaucoup moins contraignant que le poste de professeur. J'avais ainsi trouvé un meilleur équilibre entre ma passion pour l'enseignement, mon fort désir d'agrandir ma famille et de passer plus de temps avec elle, et mon besoin de me développer comme personne.

Quelques années plus tard, j'ai aussi démissionné de mon emploi comme chargée de cours à l'université. J'ai même quitté la profession infirmière pendant huit ans. Je travaillais alors à l'entreprise de mon conjoint. Le temps a passé et nous nous sommes rendus compte que la meilleure chose à faire était de divorcer. Peu de temps après mon divorce, je suis retournée à l'exercice de la profession infirmière. C'est ce que je voulais faire, c'est ce dont j'avais besoin. J'ai dû d'abord faire une actualisation en soins infirmiers, puis j'ai trouvé un emploi comme infirmière en santé scolaire où je suis toujours. Comme je l'ai dit précédemment, lorsque je sens que je ne suis pas à la bonne place ou que mon développement stagne, j'ai tendance à changer les choses afin qu'elles soient plus en harmonie avec qui je suis, avec ma quête de sens.

J'ai un grand besoin de comprendre et de sentir une cohérence entre ce que je dis, ce que je fais et comment je me sens. Je trouve ça important parce que pour moi, ça va avec la compétence professionnelle d'une personne. Une personne qui est à sa place, qui fait ce qui l'anime, qui est en paix, a plus de chances d'être compétente dans ce qu'elle fait. Il y a quelque chose qui se dégage d'elle et qui communique une sorte de force tranquille. Dans la pratique infirmière, nous rencontrons plusieurs situations qui génèrent du stress. Souvent, cela engendre des problèmes. Pour que le stress soit créatif et pour que les problèmes soient résolus, il ne doit pas y avoir trop de tension dans l'air. La

meilleure façon que j'ai trouvée pour faire baisser la tension est de permettre aux gens de s'exprimer. Ensuite nous pouvons régler les problèmes, créer des choses, aller plus loin. J'ai maintes fois ressenti que j'avais une présence rassurante et apaisante.

La gestion du stress représente un défi considérable. Je trouve que la vie nous amène à additionner de plus en plus de choses ou de rôles sans jamais en soustraire. J'ai appris qu'il faut arriver à prioriser, à faire des choix. Je m'explique : dans une vie, une fois le premier diplôme obtenu (pour moi, ce fut le diplôme d'études collégiales en soins infirmiers), on en additionne un deuxième (mon baccalauréat, pour combler un besoin de connaissances et de compétence et pour approfondir les soins communautaires), puis un troisième (ma maîtrise, pour pouvoir enseigner à l'université), puis un quatrième (j'ai entrepris des études doctorales). Puis on ajoute un nouvel emploi, puis une voiture, puis un amoureux, puis un désir d'enfant, puis une maison, puis un deuxième enfant, puis un troisième, puis un coup de main au conjoint pour la bonne marche de son entreprise, etc. J'ai additionné tout cela, sans rien soustraire, avec pour résultat un ticket menant tout droit vers l'épuisement professionnel. C'est dans ce contexte que j'ai décidé de ne pas poursuivre mes études doctorales. La vie m'a obligée à revoir mes priorités et à faire des choix qui répondent mieux à mes besoins, à ma quête de sens. Elle a mis sur ma route une personne qui m'a inspirée et soutenu dans cette quête de sens. Il s'agit d'une professeure que j'ai côtoyée dans mon cheminement académique universitaire. Grâce à elle, j'ai appris à accorder davantage d'importance à cette cohérence entre mon développement personnel, moral, éthique, et mon développement professionnel. Je n'ai pas complété mon doctorat : je dis souvent que mes filles, ce sont mes doctorats!

Cette quête de sens si importante pour moi intervient dans ma façon d'être avec les gens avec qui je travaille. J'essaie de répondre à la quête de sens qu'ils pourraient avoir eux aussi. Ainsi, lorsqu'un changement est prévu en santé scolaire, j'explique aux infirmières le pourquoi, j'essaie de les rejoindre, chacune, pour que le changement et ce qu'il implique ait un sens pour elles. Il faut parler, il faut expliquer les choses aux gens,

il faut leur laisser la possibilité de s'exprimer. Je dirais que cette capacité d'écouter et d'expliquer, cette capacité de répondre à la quête de sens des gens favorisent l'exercice du leadership clinique infirmier. En contrepartie, je crois que la fermeture, c'est-à-dire cette incapacité de se remettre en question, ou encore le fait d'imposer des changements sans explications, de même que le « placotage en arrière » nuisent à l'exercice du leadership. Je vais jusqu'à relier les taux d'absentéisme ou d'épuisement professionnel dans un service de soins infirmiers à un exercice du leadership clinique infirmier défaillant. Je reconnais toutefois que les épreuves personnelles importantes peuvent aussi être reliées à l'absentéisme ou à l'épuisement professionnel.

En tant que personne qui a une passion pour l'enseignement, j'aime expliquer et je trouve ça important. Dès ma plus tendre enfance, j'expliquais déjà des choses à mes poupées! Je leur enseignais. Ma grand-mère est une personne qui a été très importante pour moi; elle était enseignante. Ma mère en est une autre; elle était infirmière. J'ai une sœur qui est infirmière et ma fille l'est aussi. J'ai grandi dans un environnement où l'enseignement et les soins infirmiers faisaient partie du quotidien et étaient très valorisés.

Comme enseignante et comme infirmière, j'accorde beaucoup d'importance à la communication. À un moment donné de ma vie, j'ai lu un livre de Martin Gray qui m'a beaucoup marquée. L'auteur soutenait qu'il fallait « conjuguer le penser, le parler et l'agir ». J'ai encore souvent recours à cette idée aujourd'hui. Je comprends que dans le travail comme dans la vie, le « penser » correspond à la collecte des données, étape extrêmement importante pour comprendre une situation quelle qu'elle soit. Cette étape, qui demande de l'observation et de la patience, est trop souvent escamotée. Je suis patiente, j'ai une attitude calme, j'essaie de m'appliquer pour faire une bonne collecte des données et j'encourage les autres à en faire autant car je comprends son importance. Le « parler » quant à lui correspond à la communication et au partage de ses idées avec les autres, de ses suggestions, de ses décisions et de ses explications, tandis que l'« agir » réfère à l'action. Nous sommes des êtres de relation, et à ce titre nous devons soigner nos

manières de communiquer. On ne peut pas penser et agir sans parler (il manquerait l'explication) et on ne peut pas parler et agir sans penser (on risquerait de faire n'importe quoi!). On ne peut pas non plus penser et parler et ne pas agir. J'essaie de conjuguer ces trois verbes dans ma vie personnelle et professionnelle.

Autant je suis passionnée par l'enseignement, autant je le suis par l'étude du fonctionnement de l'être humain et des relations qu'il entretient avec les autres. Un apprentissage signifiant que j'ai fait et qui m'est encore très utile pour comprendre les dynamiques des relations interpersonnelles, si importantes dans l'exercice du leadership, c'est l'apprentissage de l'approche systémique. Ce que j'aime de cette approche, c'est qu'elle met en lumière l'importance de la mise en commun des forces et des talents de chacun ainsi que l'entraide des différents acteurs dans une situation donnée. Je me sens une responsabilité d'aider les gens à révéler leurs forces. Dans l'approche systémique, le point de vue et les forces de toutes les personnes, jeunes ou plus expérimentées, sont accueillis et nécessaires.

J'aime beaucoup travailler en contexte intergénérationnel. Les nouvelles infirmières qui arrivent en santé scolaire (je parle au féminin car il n'y a pas d'hommes dans notre équipe) apportent leurs idées, leur énergie, leurs nouvelles façons de faire, sans parler de leur aisance avec l'informatique. C'est une grande richesse et c'est important de bien les accueillir. D'un autre côté, je sens que je peux partager mon expérience avec elles, que cela peut leur être utile. Je parle ici de mon expérience professionnelle mais aussi de mon expérience personnelle, entre autre parce que les jeunes infirmières ont souvent à jongler avec la conciliation travail-famille, comme j'ai dû le faire moi-même dans le passé. Dans ma carrière, j'ai rencontré des personnes qui ont cru en moi et cela m'a beaucoup aidée à avancer. Maintenant, je sens que c'est à mon tour de jouer ce rôle. Je veux passer au suivant. Je trouve dommage que les infirmières d'expérience et les infirmières en début de carrière n'aient pas plus de contact car je crois beaucoup aux apprentissages qui découlent du partage des expériences.

Il y a eu des passages difficiles dans ma vie, mais j'en suis sortie grandie et plus forte. C'est important pour moi de pouvoir transmettre ce message à mes filles, par l'exemple et non seulement par la parole : « Faites ce que votre cœur vous dit de faire, au travail ou dans votre vie personnelle ». Cela demande d'être à l'écoute de soi, de se remettre en question et d'ébranler ses croyances. C'est le chemin qui répond le mieux à la quête de sens, celui qui conduit le mieux vers la cohérence d'une vie.

6. LE RÉCIT DE VIE DE LISE

Je m'appelle Lise et je suis infirmière depuis près de trente ans. Je suis devenue infirmière principalement à la suggestion de ma mère qui voyait que je cherchais un emploi avec lequel il serait possible de concilier ma passion pour les voyages. J'ai toujours aimé les voyages. Je me souviens qu'au secondaire, un enseignant m'avait beaucoup inspirée, en partageant avec nous ses nombreuses expériences de voyage. Quand est venu le temps de penser à mon choix de carrière, je me suis dit : « Il faut que je choisisse un emploi qui me permettra de faire des voyages moi aussi! ». Je ne pensais pas vraiment à devenir infirmière. C'est ma mère, enseignante, qui m'y a fait penser. Je n'ai jamais regretté ce choix. J'aime être infirmière et j'ai pu, effectivement, faire de nombreux voyages tous aussi enrichissants les uns que les autres.

Peu de temps après l'obtention de mon diplôme collégial en soins infirmiers, je suis allée travailler dans un pays d'Europe. Cela m'a permis de visiter l'Europe. Avant de revenir au Québec, j'ai voyagé pendant huit mois en Asie et en Australie. À mon retour au pays, j'ai travaillé dans un hôpital universitaire anglophone : j'y suis restée pendant 11 ans dont plusieurs à l'unité des soins intensifs. J'y ai fait de nombreux apprentissages encore utiles aujourd'hui. J'y reviendrai plus loin. J'ai interrompu cet emploi à deux reprises au cours des onze années, la première fois pour aller travailler quelques mois comme infirmière dans le Grand Nord québécois et la deuxième fois pour une période de huit mois pour effectuer un autre voyage en Asie. Aux quatre coins du monde, j'ai vécu des expériences riches et j'ai rencontré des gens extraordinaires. Mes expériences de

voyage m'ont beaucoup appris. En fait, je dirais que j'ai beaucoup appris de mes expériences de vie en général, qu'elles soient personnelles ou professionnelles.

Puisque je participe à cette étude, mes collègues infirmières me reconnaissent un leadership clinique infirmier. Mais je n'occupe pas de poste formel pour l'exercice de ce leadership dans l'organisation où je travaille actuellement. Je suis infirmière clinicienne en santé scolaire et j'ai une expérience d'une quinzaine d'années en ce domaine. Je me vois comme une personne-ressource, une conseillère, autant pour mes partenaires dans les six écoles dont je m'occupe que pour mes collègues infirmières dans les autres écoles du territoire de notre CLSC. Quand des partenaires des écoles ou des collègues infirmières me consultent pour avoir mon avis, je suis contente de le leur donner et de pouvoir les soutenir dans leurs projets.

Outre la capacité d'être une personne-ressource, je crois que la personne qui exerce un leadership clinique infirmier doit être capable d'identifier les objectifs communs aux différentes personnes impliquées dans une situation donnée et d'orienter le travail à partir de ces objectifs. Cette personne doit manifester de l'autonomie dans la prise de décision. Elle doit aussi être capable d'identifier rapidement les problèmes, de trouver les correctifs requis et de former ou d'influencer les gens impliqués afin que ces correctifs soient apportés. Je suis une femme d'action, je n'aime pas le fla-fla. Je porte attention à la manière de faire les choses, et je m'intéresse aussi aux résultats. Je vise toujours des résultats positifs pour les personnes à qui s'adressent les soins que je dispense.

J'aime apprendre. Après avoir travaillé pendant quelques années comme infirmière et tout en continuant d'exercer la profession, j'ai obtenu un baccalauréat par cumul de certificats : un en cardiologie, un autre en santé communautaire et un dernier en gérontologie. Le processus d'obtention de ces certificats, qui s'est échelonné sur 7 ans, m'a permis d'approfondir mes connaissances. Certains apprentissages se sont avérés particulièrement significatifs. Ainsi, lorsque j'ai fait mon certificat en cardiologie, je

travaillais aux soins intensifs. Les connaissances acquises se sont avérées fort utiles. Plus tard, quand je me suis retrouvée infirmière en soins à domicile, j'ai été contente de pouvoir utiliser ces connaissances. Je travaille maintenant en santé scolaire; j'ai en main un certificat en santé communautaire. Et, curieusement, je fais beaucoup de liens entre les connaissances que j'ai acquises sur le vieillissement quand j'ai fait mon certificat en gérontologie et mon travail actuel auprès des jeunes. Je comprends mieux les étapes du développement des personnes. J'aime acquérir des connaissances et j'aime les partager avec les autres.

Avec le recul, je crois que ce sont les expériences de vie, autant personnelles que professionnelles, qui m'ont le mieux préparée à l'exercice du leadership clinique infirmier. Par exemple, quand je pense à l'autonomie et à la débrouillardise nécessaires à l'exercice du leadership, je me dis que mes voyages, souvent de type aventure, m'ont permis d'accroître mon autonomie, de me débrouiller en toutes circonstances, de comprendre rapidement les situations rencontrées et de modifier mes plans en conséquence lorsque les circonstances l'obligent. J'appelle ça « être capable de se revirer de bord rapidement »! Ces apprentissages me servent encore lorsqu'il s'agit d'exercer un leadership dans mon travail actuel.

Avant de donner un exemple de l'adaptation rapide dont je dois faire preuve au quotidien, je dois d'abord préciser ceci : chaque infirmière du service de santé scolaire du CLSC s'occupe d'environ six écoles du territoire. Cela veut dire que quand je vais dans une école, je veux optimiser le temps que j'y passe. Il m'arrive souvent d'avoir à rencontrer un enseignant ou une enseignante dans une école au sujet d'une activité de promotion de la santé que nous voulons élaborer ensemble. J'aime impliquer les enseignantes et enseignants dans l'élaboration des activités car je crois qu'il y a ainsi une meilleure collaboration et un meilleur impact sur la santé des jeunes. Il se peut que je constate, à mon arrivée à l'école, que la personne que je devais rencontrer ne soit plus disponible, pour toutes sortes de raisons, et ne m'en ait pas avisée. Quand c'est le cas, je

dois utiliser un plan b afin d'optimiser mon temps dans cette école. En fait, j'ai toujours plusieurs plans « au cas où », c'est-à-dire un plan a, un plan b, un plan c, etc. J'ai pris l'habitude de me déplacer avec une valise contenant beaucoup de matériel dans ma voiture. Je ne suis jamais prise au dépourvu. Je peux « me revirer de bord » rapidement et faire autre chose lorsque le plan prévu doit être modifié. Je trouve que c'est une habileté très utile. Une infirmière en santé scolaire doit être capable de s'adapter rapidement aux différents contextes et utiliser son temps de façon optimale.

Un autre apprentissage que j'ai fait grâce à mes voyages, particulièrement celui en Inde, et qui est en lien avec l'exercice du leadership clinique, est de « voir la beauté de l'âme de chaque personne ». Je trouve que chaque âme a sa beauté et je m'y intéresse. Je mets beaucoup d'énergie à construire des relations de confiance avec les personnes. Elles sont essentielles à une vraie collaboration. Quand je parle de vraie collaboration, je pense à cet engagement mutuel entre les acteurs de l'école et les infirmières, indispensable pour la réussite des projets de promotion de la santé ou de prévention en milieu scolaire.

Je n'hésite pas à prendre les devants pour créer ce climat de confiance nécessaire à la collaboration. Ainsi, quand je suis assignée à une nouvelle école, je fais les premiers pas pour me faire connaître. Je rejoins les enseignantes et enseignants lors des repas pour me présenter. Cela ne me demande pas vraiment d'efforts car je suis de nature sociable, extravertie, souriante et facile d'approche. Tout en me présentant, j'informe les gens au sujet de mon rôle dans l'école, de mes heures de présence, des façons de me rejoindre, etc. Il arrive aussi que je me faufile dans un comité, histoire de m'impliquer et de côtoyer les gens avec qui je suis appelée à travailler. J'ai des visées à court terme, mais aussi à moyen et à long termes. Je sais d'expérience que cela peut parfois prendre jusqu'à deux ans pour qu'une vraie collaboration s'installe. Il faut construire sa crédibilité, « tricoter » et ouvrir des portes. Il y a parfois des personnes résistantes aux changements qui peuvent mettre des bâtons dans les roues, mais je persévère, je suis patiente, je ne brusque pas les choses.

Dans les nouvelles écoles auxquelles je suis assignée, je dois aussi rencontrer, en début d'année, d'autres acteurs et actrices, comme les personnes qui surveillent les heures de repas. Je dois parfois leur faire de l'enseignement, par exemple à propos des allergies alimentaires et de l'administration d'Épipen. Il y a aussi la direction de l'école. Je me rends à l'école et je discute avec une secrétaire pour voir si le directeur ou la directrice pourrait me rencontrer. Je recherche le point de vue de la direction des écoles dont je m'occupe. Les secrétaires sont souvent des alliés pour l'infirmière scolaire. Je fais en sorte que mes relations avec les secrétaires soient les meilleures possibles, et ce, dès mon arrivée dans une nouvelle école et tout au long de mon séjour par la suite. On ne saurait sous-estimer l'importance des alliés dans l'exercice de la profession infirmière en milieu scolaire ou dans l'exercice du leadership clinique infirmier en général. À la fin de l'année scolaire, j'initie des rencontres avec le directeur ou la directrice de l'école pour faire un bilan de ce que j'ai fait dans l'année, en termes de promotion-prévention, et pour planifier les ajustements requis.

J'accorde vraiment beaucoup d'importance aux personnes et aux relations interpersonnelles. Je dirais que dans les situations que je rencontre dans mon travail actuel ou dans les situations que j'ai rencontrées dans le passé, les personnes sont au cœur de ma pratique, autant les personnes soignées que celles avec qui je travaille.

Bien que j'aie beaucoup de respect pour l'organisation pour laquelle je travaille actuellement ou pour lesquelles j'ai travaillé dans le passé, je dois dire que les personnes à qui s'adressent mes interventions peuvent passer avant les préoccupations d'ordre organisationnel. Ainsi, j'ai parfois à faire passer la sécurité, le bien-être ou les besoins d'apprentissage des personnes, avant l'obéissance aveugle à des préoccupations d'ordre bureaucratique. Pour moi, ce n'est pas de l'insubordination : je dirais plutôt que c'est « utiliser son jugement et prendre les meilleures décisions possibles pour le mieux-être des personnes qui reçoivent les services ». Je dirais que l'exercice du leadership clinique

infirmier implique beaucoup l'utilisation du jugement. Et, j'ajouterais, l'habileté à poser ce jugement rapidement.

Je crois que j'ai pu développer cette habileté grâce à différentes expériences professionnelles rencontrées. À titre d'exemple, je mentionnerais le cas de cette dame que j'ai soignée dans le Grand Nord québécois et qui avait trouvé refuge à l'hôpital pour fuir un mari violent. Cette dame était à risque d'être battue si elle retournait à la maison, mais sa condition physique ne justifiait pas vraiment un séjour à l'hôpital. J'ai jugé bon de lui installer un soluté pour la garder à l'hôpital quelque temps, et ce, pour la protéger d'une grave menace à son intégrité. Il s'est avéré que cette décision a été soutenue par le médecin responsable. Cette expérience de travail dans le Grand Nord québécois, effectuée après trois années d'expérience à l'unité des soins intensifs d'un hôpital anglophone universitaire, m'a permis de développer la confiance en mon jugement et à augmenter mon autonomie dans la prise de décision.

Si je reviens aux soins intensifs, je dirais que le fait d'y avoir travaillé plusieurs années m'a aidée à développer mon raisonnement clinique, mon jugement et ma capacité à prendre des décisions. J'ai pu développer ma confiance en moi. Il n'était pas rare, à cette unité de soins, que le médecin-patron accompagné d'étudiantes et d'étudiants en médecine ou de résidentes et résidents, me demande mon avis sur la situation clinique d'une personne soignée. Je devais vraiment comprendre la situation clinique pour être capable de donner mon avis de façon rigoureuse. D'être capable de le faire m'a donné confiance en moi. Lorsque plus tard j'ai travaillé quelque temps en soins à domicile (avant de me retrouver en santé scolaire), j'ai été contente de pouvoir compter sur les connaissances issues de mon expérience aux soins intensifs et sur la confiance en moi que j'avais pu y développer. La confiance en soi est un attribut important pour l'exercice de la profession infirmière et pour l'exercice du leadership clinique infirmier.

Un autre exemple pour illustrer que je trouve important d'utiliser son jugement, quitte à aller un peu à l'encontre des recommandations de l'employeur est celui-ci :

j'accepte parfois de faire des activités de promotion de la santé dans des écoles, autres que les écoles que je couvre habituellement, qui n'ont pas d'infirmières attitrées. Ce sont des demandes ponctuelles. Bien sûr, cela s'ajoute à ma tâche de travail déjà lourde et c'est pourquoi ce n'est pas encouragé par mon employeur. Mais je le fais quand même lorsque j'estime que c'est important que les jeunes de ces écoles reçoivent l'enseignement en promotion de la santé, enseignement qu'ils n'auraient peut-être pas autrement. Je crois qu'il est important que tous les jeunes aient de bonnes connaissances en matière de santé, et ce, pour qu'ils adoptent les comportements les plus sains possibles. Je ne me considère pas comme une exécutante : j'utilise mon jugement, et c'est toujours dans le but d'assurer les meilleurs services possibles aux personnes rencontrées dans le cadre de ma pratique.

J'ai une haute opinion de ce qu'est la profession infirmière. Même s'il est peut-être anecdotique, en voici un exemple : lorsque j'ai travaillé en Suisse et que j'ai pris soin de personnes hospitalisées dans un secteur privé, je ne voyais pas d'un très bon œil le fait de devoir presser les oranges moi-même le matin pour servir un jus frais à un patient. Il me semblait que cela ne faisait pas partie des fonctions d'une infirmière. Ma supérieure immédiate m'a même convoquée à son bureau pour en parler. Coïncidence heureuse, après quelques années j'ai revu ce patient lors d'un voyage et il se souvenait de moi. Il se souvenait de l'infirmière hésitante à lui préparer un jus frais! Apparemment, il n'en avait pas été offusqué et avait même trouvé la chose plutôt amusante!

Mes expériences de voyage m'ont vraiment appris beaucoup. Sur une note plus philosophique, je dirais que depuis mon séjour en Inde, il y a près de 25 ans, j'ai adopté une façon différente de voir la vie. Je me dis qu'il n'y a rien d'impossible, qu'il n'y a que « des possibles ». Ainsi, je me dis que si je veux une chose, celle-ci n'arrivera peut-être pas exactement comme je le souhaite, mais elle peut arriver sous une autre forme ou avec quelques modifications. J'ai souvent recours à cette façon de voir la vie dans mon travail actuel. Par exemple, quand je veux mettre sur pied un projet de promotion de la santé à l'école, au départ je me dis qu'il n'y a rien d'impossible, qu'il n'y a que « des possibles ».

Le projet ne se réalisera peut-être pas sous la forme que j'envisage au départ, mais il pourrait fort bien se réaliser quand même, de façon différente. Et ce n'est pas plus mal. Quand on croit en quelque chose, il faut parfois prendre des détours pour que ça se réalise. Et, je l'ai dit plus haut, je suis patiente et persévérante, même si je suis une femme d'action.

J'ai la même attitude quand un partenaire de l'école ou qu'une collègue infirmière me fait une demande. Je sais bien que je ne peux pas dire oui à tout, mais je ne dis jamais non au départ. Je dis que j'y réfléchirai et que je reviendrai sous peu avec une réponse. J'ai besoin d'envisager « les possibles » : puis-je répondre à la demande telle quelle? Dois-je suggérer une modification pour pouvoir y répondre? Etc. Mon expérience dans un poste d'assistante au supérieur immédiat au service des soins courants, que j'ai occupé pendant près de deux ans, m'a bien fait comprendre qu'on ne peut pas dire oui à toutes les demandes. Je sais aussi qu'avant de dire non, il faut envisager « les possibles ».

Peut-être cette façon de voir la vie, c'est-à-dire explorer les possibles, convient-elle à ma nature très curieuse? Je suis à l'aise avec la recherche d'avenues différentes pour faire les choses, pour vivre les choses. Je ne prétends pas tout savoir et je suis à l'aise avec ça. J'estime que la souplesse est un attribut important pour l'exercice du leadership clinique infirmier. J'aime rencontrer des gens d'autres cultures que la mienne et partager avec eux. La clientèle que je dessers dans mon travail actuel me permet de le faire souvent. Cela me plaît beaucoup. Cet intérêt pour les personnes de culture différente que la mienne se retrouve aussi dans ma vie privée : mon conjoint est d'origine grecque. Nous avons trois enfants qui ont, en quelque sorte, grandi en contexte interculturel. Puisque je parle de ma famille, j'ajouterais qu'en tant que mère de famille, j'ai pu développer un bon sens de l'organisation, fort utile dans mon travail.

J'aime découvrir des choses. Je me souviens que quand j'ai commencé à travailler comme infirmière en santé scolaire, je suis allée à toutes les formations continues auxquelles je pouvais assister, qu'elles soient en présentiel ou en ligne. Ces formations

ont porté, par exemple, sur la contraception, les infections transmissibles sexuellement et par le sang, les allergies, l'anorexie. J'ai particulièrement apprécié une formation de cinq jours en intervention familiale. Les connaissances acquises dans ces formations m'ont permis de mieux faire face aux situations complexes que j'ai rencontrées par la suite dans ma pratique. Je crois que plus une infirmière rencontre de situations complexes, meilleure elle devient pour composer adéquatement avec ces situations. Je vois un lien entre l'expertise clinique d'une infirmière et l'exercice du leadership. Pour pouvoir agir comme personne-ressource, il faut avoir une certaine expertise clinique. La formation continue répond à mon besoin d'apprendre et de développer mon expertise.

Mais maintenant, surtout avec les restrictions budgétaires, il est plus difficile de participer à de la formation continue. À ce sujet d'ailleurs, je dirais que mon expérience de travail en milieu anglophone universitaire m'a permis de constater un encouragement plus fort et un meilleur soutien aux infirmières pour ce qui est du développement professionnel et de la formation continue.

Cela m'amène à parler de la question du soutien de l'organisation pour ce qui est de l'exercice du leadership clinique infirmier. Il est très important. À l'hôpital universitaire anglophone où j'ai travaillé, on approchait les infirmières qui démontraient un intérêt ou une compétence dans un domaine en particulier pour qu'elles participent à des formations ou à des colloques. On encourageait le développement professionnel et l'exercice du leadership. Dans mon poste actuel, je peux dire que je sens qu'il y a du soutien de la part de mon employeur. Ce n'est pas un soutien pour de la formation continue ou du développement professionnel comme tel. C'est un soutien qui se manifeste sous la forme d'une bonne écoute de mes supérieurs immédiats. Je n'ai pas vraiment de contact avec les patrons situés plus haut dans la hiérarchie. J'ajouterais que, malgré que notre système de santé soit en pleine restructuration, je continue de sentir du soutien de l'organisation pour laquelle je travaille présentement.

À l'unité des soins intensifs où j'ai travaillé, une collègue infirmière très inspirante m'a aidée à devenir une meilleure infirmière. En santé scolaire où je suis maintenant, j'aime partager ma passion avec mes collègues. J'aime les soutenir et partager mes connaissances ou expériences avec elles. J'envisagerais même d'occuper un poste où je pourrais exercer un leadership plus formel. Il me semble que ce rôle s'inscrirait bien dans ma carrière à ce stade-ci. Qui sait?

7. LE RÉCIT DE VIE DE CHARLOTTE

Je m'appelle Charlotte. Je suis infirmière depuis un peu plus de 25 ans. J'ai des expériences de travail dans différents secteurs d'activité clinique, mais depuis une dizaine d'années, je suis infirmière en santé scolaire. J'aime beaucoup ce que je fais. Je m'occupe d'écoles primaires anglophones situées sur le territoire de mon CLSC et j'y retrouve l'autonomie, la flexibilité et la collaboration que je trouve nécessaires à ma pratique infirmière en soins de première ligne. Quand j'ai eu ce poste, tout était à construire. J'ai adoré ça! Le travail ne me rebute pas : au contraire, j'ai tendance à en faire plus que ce qu'il faudrait. Dans mes écoles, je me vois comme une personne ressource, une consultante en santé. Je suis contente de dire que les partenaires des écoles de même que les élèves me connaissent, parce que ce qui me motive jour après jour, c'est de donner des soins de qualité, en innovant ou en changeant au besoin les façons de faire, afin que tous soient en meilleure santé.

Je me décrirais comme une personne très sociable et très volubile, au parcours professionnel particulier. Ma vie personnelle et ma vie professionnelle sont interreliées. J'y reviendrai plus loin. Très tôt, j'ai su que je serais infirmière. En fait, j'avais huit ans quand mon père, un infirmier, m'a amenée à son milieu de travail, l'hôpital de la petite ville où nous habitons. J'ai tout de suite aimé ce milieu, son apparence, son odeur. J'ai tout aimé! C'est à ce moment que j'ai décidé que je deviendrais infirmière.

À 20 ans, j'ai obtenu mon diplôme d'études collégiales (DEC) en soins infirmiers. Je rêvais de travailler en Europe. Mon père aurait bien aimé que je suive ses traces dans le même hôpital que lui, mais je ne le pouvais pas : l'hôpital était trop petit pour moi, la ville était trop petite, j'avais besoin de quelque chose de plus grand.

Comme il fallait au moins une année d'expérience avant d'appliquer pour un travail en Europe, je suis partie pour Montréal avec l'idée d'acquérir mon année d'expérience. J'ai travaillé un an dans un hôpital universitaire, puis je suis partie pour l'Europe.

Il y a eu des moments très difficiles dans ce premier emploi à Montréal comme infirmière, mais j'ai beaucoup appris. Avec le recul, je suis capable de dire que c'est grâce à l'infirmière chef de cette unité de soins que je suis devenue l'infirmière que je suis. Elle a été mon premier modèle d'infirmière exerçant un leadership clinique. Commandant le respect et inspirant même la peur, autant chez les infirmières que chez les médecins, cette infirmière chef ne m'a pas ménagée, me disant directement et plutôt sèchement ce que j'avais à améliorer dans ma pratique. Dans ce contexte peu facile, j'ai développé la rigueur nécessaire pour bien soigner et j'ai compris, en observant cette infirmière chef, l'importance de se faire respecter dans une profession comme la nôtre. Je continue toutefois de croire qu'il n'est pas nécessaire d'aller jusqu'à faire pleurer les nouvelles infirmières, comme c'est arrivé avec moi, pour assurer des soins de qualité.

Après avoir acquis ma précieuse année d'expérience comme infirmière, je suis allée travailler en Europe. L'aventure commençait enfin. Dans ma tête, je m'en allais en Europe pour la vie : j'y travaillerais, j'y rencontrerais un conjoint européen et nous vivrions heureux là-bas. Ce n'est pas tout à fait ce qui est arrivé, j'y suis restée 18 mois. Malgré que je pouvais voyager en Europe et que cela me plaisait beaucoup, je n'ai pas occupé ce poste bien longtemps. L'une des raisons est que je n'appréciais pas la pratique infirmière à cet hôpital. J'y constatais trop d'affinités avec le travail de domestique. Je trouvais que l'infirmière avait peu d'autonomie et qu'elle était sous la gouverne du

pouvoir médical. Ce n'était pas ce que je voulais faire, ce n'était pas comme ça que je voyais l'exercice de la profession infirmière.

Je suis revenue au pays, bien décidée à faire mon baccalauréat en sciences infirmières (bac). C'était un projet que je caressais depuis un certain temps, je savais que je ferais mon bac un jour. N'ayant ni conjoint ni enfant, il me semblait que c'était le bon moment. Contrairement à plusieurs infirmières détentrices d'un DEC en soins infirmiers, je n'ai pas fait un bac par cumul de trois certificats, mais un bac conçu pour les personnes déjà infirmières. J'aimais beaucoup les cours sur les modèles en soins infirmiers. Toutes ces choses conceptuelles que les autres ne trouvaient pas intéressantes, j'aimais ça! Je trouvais que ça solidifiait mes assises en sciences infirmières. J'ai beaucoup aimé faire mon bac. J'étais impliquée dans toutes sortes d'activités. Par exemple, j'ai été l'instigatrice de l'organisation du bal des finissantes en sciences infirmières pour les personnes déjà détentrices d'un DEC en soins infirmiers. J'ai frappé à la porte de la doyenne, obtenu un budget et organisé le bal. Cela ne s'était jamais fait avant, il n'y avait pas de bal pour les finissantes du baccalauréat détentrices d'un DEC en soins infirmiers. Je suis fière d'avoir été l'instigatrice de cet événement parce que je pense que l'obtention du baccalauréat par les infirmières ayant un DEC en soins infirmiers doit aussi être célébrée!

Faire mon bac a été salubre dans ma vie professionnelle. Cela m'a donné de l'assurance. J'ai fait de la radio-étudiante et j'ai fait partie de l'association étudiante. J'y avais amené (avec insistance!) une amie étudiante comme moi. Encore une fois, c'était une première car auparavant, il n'y avait jamais eu, au sein de cette association, d'infirmières diplômées du DEC en soins infirmiers : l'association ne comptait que des étudiantes faisant le baccalauréat de formation initiale. Par l'intermédiaire de l'association étudiante, j'ai participé aux réflexions dans le cadre des *États généraux sur la profession infirmière* auxquels nous avait conviés l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Il s'agissait d'examiner les différents enjeux liés à la profession infirmière

pour les années à venir. Parmi ces enjeux, celui de la formation initiale était au cœur des débats. À cette époque, on pouvait malheureusement sentir ce que j'appelle une « guéguerre » entre les infirmières ayant un DEC et les infirmières ayant un bac. Au travail, je pouvais entendre des commentaires d'infirmières bachelières tels que : « Cela ne fait pas partie de ma tâche, je suis bachelière ». De tels commentaires nourrissaient une certaine animosité entre les infirmières diplômées du DEC en soins infirmiers et celles diplômées du baccalauréat en sciences infirmières.

J'étais convaincue qu'il fallait uniformiser la voie d'entrée pour l'exercice de la profession infirmière. J'étais persuadée qu'il fallait opter pour le baccalauréat en sciences infirmières comme diplôme minimal pour l'entrée en exercice. C'était pour moi la meilleure solution pour mettre fin aux « guéguerres » et pour se faire respecter vraiment comme profession.

En fait, je vivais un paradoxe. Autant j'étais convaincue que le baccalauréat pour toutes les infirmières était requis, autant je ne disais qu'à très peu de personnes, à mon travail à l'hôpital, que j'étais en train de faire mon bac en sciences infirmières. Je craignais que si je leur disais, mes collègues ne me verraient plus avec les mêmes yeux. Je voulais continuer de faire partie du groupe, je voulais rester « une fille de la gang ».

Le côté social et les relations interpersonnelles ont toujours été très importants pour moi, autant au travail que dans ma vie privée. Je suis une rassembleuse. C'est moi qui organise les rencontres sociales, je l'ai toujours fait. À l'adolescence, j'ai été impliquée dans toutes sortes de choses, par exemple des activités de pastorale et des camps de vacances. Cela m'a permis de rencontrer des gens et de faire beaucoup d'animation. Au travail, c'est moi qui organise les dîners d'équipe ou encore les fêtes pour les occasions spéciales telles que les départs à la retraite. Je me vois comme une « g.o. »! J'aime ce rôle, je le trouve important et j'y tiens. C'est mon rôle. J'estime que pour que le travail en équipe soit agréable et efficace, il faut une cohésion d'équipe. Pour

avoir cette cohésion, il ne faut surtout pas négliger les occasions de rencontres à l'extérieur du travail.

C'est peut-être parce qu'à quelques reprises j'ai eu à travailler dans un contexte où l'on fusionnait des établissements de santé, que j'accorde beaucoup d'importance à la cohésion des équipes de travail. Je sais qu'il faut du temps, parfois jusqu'à cinq ans, avant de devenir « une » équipe. Quand il s'agit de créer une synergie entre des personnes provenant d'établissements qui fusionnent, il n'y a rien de tel qu'organiser des dîners pour que les personnes se parlent, ailleurs qu'en contexte de travail. Je vise à ce que les relations entre les membres d'une équipe soient cordiales et c'est pour cela que je dis qu'il ne faut pas négliger l'aspect social lorsqu'il s'agit de créer une cohésion d'équipe. J'ajouterais que la préoccupation pour une cohésion d'équipe et l'organisation d'activités de rencontre pour créer ou maintenir cette cohésion, sont associées à l'exercice du leadership clinique infirmier. Ça, et le simple fait de démontrer une pratique infirmière de qualité. Le leadership clinique infirmier s'exerce par l'exemple. À l'hôpital en Europe, je n'aurais peut-être pas été vue comme une personne exerçant un leadership clinique infirmier parce qu'il y avait des infirmières qui prenaient plus de place que moi ou qui s'exprimaient plus fort. Mais comme je faisais mon travail du mieux que je le pouvais, c'est comme ça que je démontrais mon leadership clinique. Selon moi, quand une infirmière s'efforce de toujours donner le maximum pour que les personnes reçoivent les meilleurs soins possibles, elle exerce un leadership clinique.

Quand je repense à tout le processus menant à l'obtention de mon baccalauréat en sciences infirmières, je peux dire que cela a été une période marquante de ma vie, un moment charnière. Le bac m'a permis de faire beaucoup de réflexions, mais surtout, beaucoup de prises de position. J'ai été capable de me positionner en tant que professionnelle par rapport aux autres professionnels. J'ai compris que ma valeur infirmière était tout aussi importante que la valeur du physiothérapeute, de la nutritionniste, etc. J'avais le vent dans les voiles! C'est le bac qui m'a amené cela, pas la

technique. Ma formation technique en soins infirmiers m'a appris à être une bonne infirmière : ma formation au baccalauréat m'a appris à le montrer, à montrer la plus-value des soins infirmiers.

Quand j'ai terminé mon baccalauréat, il était difficile de trouver du travail à temps plein comme infirmière. Plusieurs établissements de santé fusionnaient et les emplois se faisaient rares. J'avais le goût de travailler comme infirmière en santé communautaire. C'est d'ailleurs la principale raison qui m'avait motivée à faire un baccalauréat. Une fois mon bac obtenu, je voulais tellement avoir un poste en santé communautaire que quand j'ai vu une offre d'emploi pour un poste bilingue à Montréal, j'ai décidé que j'étais bilingue! Je me suis présentée à l'entrevue pour ce poste alors que je ne parlais pas anglais.

Les choses allaient très bien durant l'entrevue, mais elles se sont gâtées quand celle-ci s'est poursuivie en anglais uniquement! Quand on m'a rappelée après l'entrevue, la personne me dit : « Vous auriez été une candidate parfaite car vous avez vraiment le sens du communautaire et vous avez eu d'excellentes notes, mais vous ne parlez pas anglais, que fait-on avec vous ? » Malgré mes promesses d'apprendre l'anglais, je n'ai pas eu le poste. J'ai passé une autre entrevue, celle-là en français, pour un travail dans le service de soins à domicile d'un CLSC. J'aurais eu le poste, mais l'idée d'apprendre l'anglais prenait de plus en plus de place dans ma tête. L'employeur francophone me dit qu'il pouvait m'attendre quelques mois. J'ai décidé de quitter Montréal pour quelques temps, histoire d'aller apprendre l'anglais à Vancouver.

L'entrevue pour le poste bilingue a été un autre moment marquant dans ma vie, autant du point de vue personnel que professionnel. Elle a joué sur tout le reste de ma vie. Je suis partie pour Vancouver et y suis restée pendant trois mois. J'y ai rencontré celui qui allait devenir mon mari, un Suisse apprenant l'anglais, comme moi, et ne parlant pas un mot français. Nous avons appris l'anglais ensemble. Après mon séjour à Vancouver, je suis revenue à Montréal, bilingue, et lui est retourné en Suisse.

À mon retour de Vancouver, puisque l'employeur francophone m'avait attendue, j'ai commencé à travailler au service des soins à domicile de ce CLSC. J'y ai travaillé pendant cinq mois. J'ai fait des apprentissages extraordinaires sur les rudiments des soins à domicile, et ce, avec une équipe extraordinaire. J'aimais beaucoup ce travail. Mais mon homme, lui, était toujours en Europe. Un jour il me dit: « Si tu ne viens pas ici, c'est moi qui viens au Québec! ». Comme il ne parlait pas français, il aurait été difficile pour lui de trouver un emploi. De mon côté, étant sur une liste de rappel, je n'avais pas encore de poste. J'ai décidé de le rejoindre en Europe, en retournant au même hôpital où j'avais travaillé en début de carrière. Nous sommes restés là pendant quatre ans.

Je n'étais plus la petite infirmière qui était débarquée à cet hôpital en début de carrière. J'avais fait mon baccalauréat et accumulé quelques années d'expérience. À cet hôpital, j'assurais maintenant la supervision de stagiaires ou de nouvelles infirmières. Je me suis retrouvée dans la situation que je considère encore aujourd'hui comme étant la plus difficile que j'ai rencontrée dans ma vie professionnelle : dire à une infirmière que sa place n'est pas en soins infirmiers. J'ai détesté avoir à le faire, mais il le fallait. Cette personne aurait pu causer des préjudices majeurs à quelqu'un. J'avais souvent eu à l'interrompre alors qu'elle était sur le point de commettre de graves erreurs.

J'étais peut-être plus intransigente à cette époque. Je dois dire que plus jeune, j'avais un peu de difficulté avec les nuances. Pour moi, c'était assez noir ou blanc. Avec le temps et les expériences, j'ai appris à nuancer. Maintenant, j'essaie d'y aller avec beaucoup de parcimonie, je mets beaucoup de gants blancs. Je prends le temps d'observer encore plus ce qui se passe. J'écoute et je consulte plus avant d'exprimer mes idées, surtout si elles sont sujettes à conséquences ou susceptibles d'entraîner un changement majeur. Mais si je reviens au cas de cette infirmière, je me dis que si c'était à refaire, je referais la même chose : je lui redirais encore que sa place n'est pas en soins infirmiers. Ma façon de lui dire serait peut-être plus nuancée, mais le message serait le même. L'enjeu de la sécurité était trop important.

Je n'étais pas vraiment heureuse à cet hôpital en Suisse. Les soins infirmiers en santé communautaire me manquaient. J'ai décidé d'appliquer pour un poste en soins à domicile. C'était audacieux de ma part. Tout le monde me disait que j'avais très peu de chances d'être choisie, les postes étant comblés par des infirmières ou infirmiers natifs du pays. À ma grande surprise, j'ai obtenu le poste. Le fait d'avoir un baccalauréat en sciences infirmières m'a aidée à avoir ce poste puisqu'il n'y avait alors que très peu de personnes détenant ce diplôme dans le pays. Mais ça n'a pas été facile de prendre ma place. J'ai eu à apprendre plusieurs choses. J'ai beaucoup observé et écouté. J'ai dû faire preuve de beaucoup de modestie et de beaucoup de doigté.

Dans ce service, nous devions présenter nos patients lors de rencontres interdisciplinaires appelées colloques. Il fallait démontrer une connaissance parfaite des dossiers présentés, à défaut de quoi quelqu'un se chargeait de le souligner, et d'une manière pas très diplomate! J'ai donc dû apprendre à présenter des patients. C'est quelque chose que je n'avais pas appris, ni au DEC ni au bac, et c'était une habileté indispensable dans mon nouveau travail en soins à domicile. Cela m'a pris du temps avant d'être capable de le faire correctement. Je parlais très peu, surtout à cause de ce complexe lié à mon accent québécois. La responsable du service me dit un jour : « C'est très dommage que tu ne sois pas plus à l'aise de nous communiquer ce que tu as à nous communiquer ». Cela m'a encouragée. J'avais l'impression qu'elle reconnaissait ma compétence comme infirmière. Je suis ensuite devenue de plus en plus à l'aise avec la présentation des patients. Je dirais même qu'après quelques années, j'étais devenue une pro! Il s'agit d'un apprentissage vraiment important dans ma vie. Je considère que le fait d'être capable de présenter adéquatement des patients aux collègues d'une équipe interdisciplinaire, en n'oubliant aucune information pertinente, est une démonstration de l'exercice du leadership clinique infirmier.

Aujourd'hui, avec ma formation et mon bagage d'expériences comme infirmière, ce que je retire à propos du leadership clinique infirmier, c'est qu'il peut être exercé à

différents niveaux et non seulement par des questionnaires comme je le pensais autrefois. J'associe le leadership clinique à la qualité de la pratique, au changement, à une amélioration de la qualité des soins. Comme je l'ai dit plus tôt, le leadership clinique infirmier peut s'exprimer de différentes façons, incluant par la seule démonstration individuelle d'une pratique infirmière de qualité. Aussi, lorsque dans une réunion d'équipe une personne stimule la réflexion de ses pairs à propos du travail accompli par l'équipe ou à propos de la qualité des soins, je considère qu'elle manifeste du leadership clinique infirmier. Stimuler la réflexion, c'est important. C'est le début d'un changement pour le mieux. Lorsque l'on veut apporter un changement, il se peut que le moment ne soit pas propice. Je crois qu'il ne sert à rien de l'imposer. Le changement ne se fera pas. Pour adhérer à un changement, il faut que les personnes aient l'impression que ce changement vient d'elles, qu'elles ont participé à la décision. D'où l'importance de stimuler la réflexion sur ce que l'on fait. Les personnes seront moins surprises lorsque les changements deviendront plus pressants. Je me vois comme quelqu'un qui est capable, dans une réunion, d'amorcer la réflexion de ses pairs, mais qui ne précipite pas les choses. C'est un peu comme semer une graine. Je résumerais ainsi : « Tu sèmes une graine, tu vois ce que ça fait, tu l'arroses de temps en temps et, à un moment donné, ça pousse ! ». Il faut être patient.

Et il faut avoir des alliés. On ne peut pas faire grand-chose sans alliés. Quand mon alliée principale n'est pas là, je cherche d'autres alliés. J'ai pris l'habitude de consulter les infirmières ayant beaucoup d'expérience, les seniors, afin d'avoir leur avis sur quelque chose d'important que je veux proposer à l'équipe. Je me dis que si ces infirmières ne sont pas de mon côté, il y a très peu de chances que mon idée passe, aussi bonne soit-elle. L'ancienneté dans l'organisation est quelque chose qui est très valorisée dans le domaine des soins infirmiers.

Cela m'amène à parler de l'organisation des soins de santé. Autant elle peut être aidante pour l'exercice du leadership clinique des infirmières si elle manifeste de

l'ouverture et de la flexibilité, autant elle peut lui nuire si elle est trop rigide. De plus, les infirmières elles-mêmes constituent un puissant facteur pour favoriser ou pour nuire à l'expression du leadership clinique des collègues. Un simple regard réprobateur de la part d'une collègue ou encore la médisance peuvent nuire à l'exercice du leadership clinique ou encore à son apprentissage.

Pour développer ses capacités à exercer un leadership clinique infirmier, je dirais qu'il est important d'avoir des modèles. Autant les modèles d'infirmières sénéiores rigoureuses montrent aux infirmières novices les bonnes façons de travailler, autant il faut que des modèles d'infirmières exerçant un bon leadership clinique montrent aux infirmières comment faire. J'ai eu la chance de rencontrer de tels modèles dans ma carrière et cela m'a aidée. J'ajouterais qu'il est très difficile pour les infirmières d'exercer un leadership clinique en l'absence d'une direction des soins infirmiers forte dans l'organisation. Autant la force de cette direction des soins infirmiers est importante, autant la présence d'une solide équipe dédiée à l'amélioration de la qualité des soins l'est aussi. Il faut examiner nos façons de faire, et ce, pour s'assurer qu'elles permettent la meilleure qualité de soins ou de services possible.

Il y a une différence entre optimiser nos façons de faire dans chacun des services et revoir entièrement l'organisation et la gouvernance du système de santé. C'est ce à quoi on assiste présentement. Et cette révision se fait dans un climat de morosité centré sur le thème des restrictions budgétaires. J'avoue qu'il peut être démotivant, même pour les plus enthousiastes d'entre nous, d'avoir encore à fusionner. C'est recommencer encore! Je préférerais que cette énergie serve à améliorer les services que l'on donne maintenant, directement aux personnes. Il ne faut pas s'éloigner des personnes qui reçoivent nos services. Le nouvel organigramme du système de santé est gigantesque. La direction est maintenant tellement haute dans la hiérarchie, qu'à mon avis elle ne pourra pas savoir ce qui se passe à la base, c'est-à-dire là où les soins et les services sont dispensés. Je me demande ce qui se passera avec le leadership clinique infirmier. Les infirmières seront

soit démotivées et se centreront sur leurs tâches immédiates, soit stimulées à exercer un leadership clinique à plus petite échelle. Il y aura peut-être des micro-organisations dans la gigantesque organisation ? Est-ce prévu ou souhaitable ? C'est une histoire à suivre.

Toujours est-il qu'après quatre années en Europe, je suis revenue au Québec et j'ai fini par obtenir un poste en santé scolaire. J'y suis encore. Dans ce service, mes collègues infirmières me reconnaissent un leadership clinique. Je crois que c'est principalement parce que je représente le secteur des soins de première ligne au Comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers (CECII) du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de ma région. Le CECII est une instance où les infirmières sont entendues par les décideurs et discutent de qualité des soins. Les discussions sont très centrées sur le monde hospitalier. Je suis une infirmière de soins communautaires et je n'exerce pas un leadership formel dans l'organisation. Mais, je me fais un devoir de communiquer aux décideurs ce que l'on fait sur le terrain en soins de première ligne, pourquoi on le fait et comment. L'expérience acquise avec la présentation des patients lors des rencontres interdisciplinaires en Europe m'est utile. Je sais comment organiser des arguments pour défendre l'importance des soins de première ligne. J'ai récemment assisté à un Congrès organisé par le Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIIDIEF). Ça m'a donné des ailes! Je suis repartie de ce Colloque encore plus convaincue de l'importance des soins de première ligne et de mon rôle actuel au sein du CECII.

Dans ce rôle au CECII, il y a un volet politique qui me plaît beaucoup. J'ai toujours aimé la politique. J'aime participer aux discussions impliquant des décideurs et j'aime tout autant rapporter le fruit de ces discussions ou les décisions prises, à mes collègues au CLSC. Je leur apporte en quelque sorte l'aspect macroscopique des choses, pour qu'elles situent leurs actions dans un ensemble. J'estime qu'il est important que les infirmières soient au courant des différents enjeux dont les décideurs doivent tenir compte et je trouve que mon rôle comme représentante au CECII est de les communiquer à mes collègues.

C'est ma contribution à la sensibilisation des infirmières à la chose politique. Je serais bien déçue de ne pas être réélue au CECIL.

La parole est très importante pour moi. J'ai horreur des non-dits. Je ne supporte pas que des choses importantes restent cachées, qu'elles ne se disent pas. Il n'est pas rare que je demande à quelqu'un de clarifier son point de vue lors d'une réunion et il n'est pas rare que je feigne de ne pas trop comprendre un point important. J'utilise cette stratégie afin que les gens clarifient leur point de vue ou qu'ils précisent ce qu'ils envisagent faire lorsqu'il s'agit des décideurs. J'ai recours assez souvent à cette stratégie. Il faut user de stratégies pour exercer un leadership clinique.

Je préfère, et de loin, la parole aux écrits. J'ajouterais que quand il y a trop de papiers à remplir, je n'aime pas ça. J'irais même jusqu'à dire que c'est ce qui m'a empêchée de faire une maîtrise. J'aime innover, initier des choses, travailler hors des sentiers battus. J'ai fait partie de l'équipe qui a implanté le premier service de soins communautaires aux jeunes de la rue à Montréal et j'y suis restée deux ans. J'ai toujours aimé la clientèle des jeunes. Encore aujourd'hui, en tant qu'infirmière en santé scolaire, la santé et le bien-être des jeunes sont encore ce qui me motive à me lever le matin pour aller travailler et exercer mon leadership clinique infirmier!

8. LE RÉCIT DE VIE DE GENEVIÈVE

Je m'appelle Geneviève et je suis infirmière depuis presque dix ans. Après avoir complété mon diplôme d'études collégiales (DEC) en soins infirmiers et tout en travaillant à temps partiel dans l'équipe volante d'un hôpital, j'ai fait mon baccalauréat en sciences infirmières. J'ai vraiment aimé cette période de ma vie au cégep et à l'université : elle a duré cinq ans. Et depuis cinq ans, je travaille comme infirmière clinicienne dans le service de soutien à domicile d'un CLSC. J'aime mon travail et je veux que les personnes reçoivent les meilleurs soins possibles.

J'avoue que je suis surprise d'avoir été identifiée par mes pairs comme une personne qui exerce un leadership clinique infirmier de qualité. Au travail, je ne me vois pas comme une leader. Il me semble que lorsqu'on entend le mot leader, on pense spontanément à quelqu'un qui est debout et qui parle plus fort que les autres; ce n'est pas moi ça. Je suis plutôt discrète au travail et j'essaie de faire de mon mieux.

Mais à bien y penser, je crois que l'image de la personne debout qui parle plus fort que les autres ne correspond pas à l'exercice du leadership comme je le conçois lorsqu'il est question de soins infirmiers. Dans un service de soutien à domicile comme le mien, je pense qu'une personne qui exerce un leadership clinique infirmier, c'est quelqu'un qui travaille en équipe, c'est-à-dire avec les autres professionnels, les assistantes du supérieur immédiat (ASI), les infirmières auxiliaires ainsi que les préposées aux bénéficiaires (appelées aussi auxiliaires familiales). Une personne qui exerce un leadership clinique infirmier démontre de la compréhension pour son équipe; l'équipe se sent soutenue. C'est aussi quelqu'un qui est réaliste, qui garde ses connaissances à jour, qui s'efforce d'avoir une bonne pratique et qui stimule les gens à faire de même. Cette personne est capable de prendre des décisions. Lorsqu'il y a un bon leadership clinique infirmier, il y a plus de chances qu'il y ait une belle qualité de soins.

Comme autres caractéristiques d'une personne qui exerce un leadership clinique infirmier de qualité, j'identifierais le calme, le fait d'être positive, pas stressée et pas stressante. J'identifierais aussi la capacité de dire aux autres ce qu'ils ont à améliorer. J'avoue que pour moi, cela est extrêmement difficile à faire. Aussi, la personne qui exerce un leadership clinique infirmier est une professionnelle souriante, accessible et disponible, qui utilise de façon judicieuse son sens de l'humour. Même si elle est très occupée, elle trouve le temps de répondre de manière affable aux questions cliniques de ses collègues; c'est une personne ressource qui a une connaissance approfondie du travail. Elle a beaucoup plus que des connaissances de base. Pour terminer sur ce point, je dirais que dans un service de soutien à domicile, la personne qui exerce un leadership clinique

infirmier doit avoir de grandes habiletés relationnelles, autrement dit se distinguer par la qualité de son savoir-être. Elle a une belle personnalité.

Cette description de la personne qui exerce un leadership clinique infirmier de qualité peut sembler idéalisée. Je me suis pourtant basée sur les caractéristiques de deux personnes réelles que j'identifie comme des modèles d'infirmières qui exercent un leadership clinique de qualité. Je trouve que je ne suis pas encore comme ces deux personnes, mais j'essaie de m'en inspirer. Je ne me vois pas encore comme une leader, mais j'aimerais le devenir. Je veux être une leader, mais pas un « petit boss »! Un «petit boss », c'est quelqu'un qui dit aux autres quoi faire, qui donne des ordres. Je n'aime pas donner des ordres.

J'ai tendance à souffrir de ce que j'appelle le syndrome de l'imposteur. Quand je prends soin d'une personne à son domicile, il me semble qu'il y a beaucoup de choses à comprendre, beaucoup de liens à faire pour bien saisir la situation globale de cette personne. Je veux bien jouer mon rôle. Pour moi, l'infirmière est une spécialiste de la santé globale. Elle touche à tout chez l'humain, elle le considère au complet. C'est une spécialiste de l'humain, de son corps puis de son environnement. Même si je maîtrise bien ce que je fais au travail, que je me sens à l'aise et que je réponds bien aux attentes, j'ai parfois l'impression de ne pas jouer mon rôle à 100 %.

Je voudrais être capable de me souvenir de tout ce que j'ai appris à l'école, être capable de faire tous les liens comme je l'ai appris. Je n'y arrive pas toujours. C'est dans ces situations que j'ai tendance à me sentir comme un imposteur, comme une infirmière qui ne sait pas tout ce qu'il y aurait à savoir dans une situation clinique donnée. C'est peut-être mon côté perfectionniste qui ressort. Je me souviens que dans ma dernière année au cégep, une enseignante m'avait dit : « Toi, il faudra que tu travailles au même endroit toute ta carrière car tu ne tolèreras pas de ne pas tout savoir! » J'ai maintenant près de dix ans d'expérience en soins infirmiers dont cinq au soutien à domicile et je commence à

peine à être capable de dire : « j'ai de l'expérience ». Je me vois encore comme une jeune infirmière. Il y a tant de choses à apprendre.

J'aime apprendre. J'ai toujours aimé l'école. Au primaire, j'étais une élève curieuse, qui participait beaucoup. Au secondaire, je n'avais pas besoin de passer des heures à étudier pour bien réussir. J'avais de la facilité. Au cégep et à l'université, c'est à peu près le même pattern qui s'est poursuivi. À l'université, il y avait beaucoup de lectures à faire, je pense à un cours en particulier. Je les ai faites, mais cela m'a demandé tout un effort. Je n'aimais pas lire, je n'aimais pas non plus faire des travaux. Par contre j'appréciais beaucoup les cours magistraux. J'aimais écouter les professeurs, puis avoir des examens. J'aurais fait toute ma formation en cours magistraux si j'avais pu! Pour moi, la meilleure façon d'apprendre c'est un cours magistral suivi d'un examen qui vérifie les apprentissages faits et qui compte pour 100 %! J'ai tendance à être une personne stressée mais les examens n'ont jamais été une source de stress pour moi.

Je me considère comme une personne assez nerveuse et stressée qui a trouvé des stratégies efficaces pour gérer son stress et qui essaie de les utiliser dans sa pratique pour créer un climat de travail agréable. Avant de parler de ces stratégies, je souligne qu'à l'âge de 15 ans, j'ai perdu un emploi d'été parce que mon employeur me trouvait trop nerveuse. De plus, lors d'une des étapes de l'orientation à mon travail actuel, la personne qui m'orientait m'a dit que j'étais trop stressée. Ce n'est pas qu'elle craignait que je ne sois pas en mesure de m'adapter au travail, mais elle me trouvait bien stressée, en particulier pour ce qui concernait les techniques de soins. Il faut dire qu'il s'agissait de techniques que je n'avais jamais faites auparavant dans mon travail à l'hôpital. Avec le recul, je pense que ce qui causait tout ce stress au travail était la peur de faire des erreurs, la peur de faire du tort à quelqu'un.

En début de carrière, j'étais une infirmière très nerveuse. Je travaillais dans une équipe volante, ce qui implique que j'allais travailler sur différentes unités de soins dans le même hôpital. Je devais être très polyvalente. Plutôt que d'essayer de tout savoir à

propos des soins infirmiers sur une seule unité (comme mon enseignante du cégep me l'avait recommandé), j'ai préféré en savoir moins, mais sur plus d'une unité de soins. En fait, je ne devenais pas experte dans un domaine, mais ça me sécurisait de savoir que j'accumulais des connaissances sur une plus grande variété de situations cliniques. Je voyais toutes sortes de situations. J'ai beaucoup appris. Cette expérience de travail m'est encore très utile aujourd'hui dans le poste que j'occupe. Tous les types de chirurgies, je les ai vues à l'hôpital et de plus, j'ai une très bonne capacité d'adaptation. Mais en début de carrière dans l'équipe volante, j'étais vraiment très nerveuse ... à un point d'avoir des maux de ventre au début du quart de travail et de me demander pourquoi j'avais voulu être infirmière.

J'aurais pu abandonner mais je ne voulais pas le faire. Je ne voulais pas recommencer une autre carrière. L'idée de recommencer à zéro ne me plaisait pas du tout : je n'aime pas ça être « pas bonne »! Aussi, j'avais hâte de commencer ma vie et d'acheter une maison, fonder une famille, etc. De plus, je ne voulais pas décevoir ma mère qui est infirmière et qui en plus, exerce un grand leadership. J'ai grandi entourée d'infirmières : ma mère et mes tantes. Il m'a semblé dans l'ordre des choses que je devienne infirmière. Vivre tout ce stress à l'hôpital et ne pas vouloir abandonner la pratique infirmière m'a fait réaliser que je devais changer quelque chose, que je devais changer ma façon de prendre les choses. C'est là que j'ai commencé à dédramatiser, à relativiser les événements. Tranquillement, je me suis mise à aimer être infirmière et à être beaucoup moins nerveuse au travail.

Je trouve que les gens ont tendance à être tendus et stressés au travail. Cela me désole car je pense qu'on réfléchit alors moins bien. Je ne suis plus tendue et stressée au travail et je voudrais que les gens le soient moins. Il en va de la qualité du climat de travail. Puisque le fait de dédramatiser et de relativiser les choses m'a beaucoup aidée à être moins stressée au travail en début de carrière, j'ai maintenant tendance à utiliser l'humour et à dédramatiser les situations qui doivent l'être dans ma pratique actuelle. Je

trouve important de relativiser les choses. Je trouve que les infirmières ont tendance à prendre tous les détails comme quelque chose de grave. Il faut savoir nuancer. Il faut savoir distinguer ce qui est grave de ce qui demande simplement un ajustement ou une correction mineure. Je pense que l'utilisation appropriée de l'humour et la capacité de relativiser et de dédramatiser les choses sont des habiletés bien utiles pour aimer être infirmière et pour pouvoir exercer un leadership clinique.

Un climat de travail empreint de gentillesse et de bonne humeur est très important pour moi. Il permet une belle qualité de vie au travail et, je le crois, une meilleure qualité de soins dispensés. Je me souviens qu'en secondaire IV, après une période où, comme toutes les adolescentes j'étais déprimée, j'ai décidé que j'adopterais une attitude joviale. Une de mes tantes, infirmière, m'a beaucoup inspirée. Elle était toujours souriante et de bonne humeur. On aurait dit qu'elle ne s'en faisait pas avec les aléas de la vie. Je me suis dit : « Pourquoi est-ce que je ne ferais pas ça ? Il paraît que le rire amène le rire ! » Alors c'est là, en secondaire IV, que j'ai décidé de me forcer à avoir une attitude joviale. Je suis devenue plus souriante, ça a amené les gens autour de moi à être plus souriants. Ma vie en général est devenue beaucoup plus agréable. Je rayonnais. Les gens me percevaient plus positivement. Ça me faisait du bien de sentir que les gens me percevaient positivement. Je n'étais plus déprimée. J'ai conclu qu'il s'agissait d'une stratégie gagnante. J'étais désormais souriante, à l'école et ailleurs. J'étais la même personne partout. J'étais quelqu'un. Jusqu'au cégep et même à l'université dans les cours, je peux dire que j'étais une leader. Mais je ne l'étais pas au travail. Quand j'ai commencé à travailler à l'hôpital ... Ouf! Ça a été tellement difficile!

C'était trop grave de travailler, c'était trop grave l'hôpital. Tout le monde au travail avait cet air tendu et stressé. Je ne pouvais plus être souriante, je ne pouvais plus être moi-même. J'ai vraiment trouvé ça difficile le début de ma carrière. Ne pas pouvoir être moi-même et ressentir cette grande tension au travail. Il fallait que je trouve quelque chose pour être mieux. Comme je l'ai mentionné plus haut, c'est le fait de dédramatiser,

de relativiser les choses et d'utiliser l'humour qui m'a permis d'aimer être infirmière. J'utilise encore ces stratégies, et ce de façon courante, dans ma pratique actuelle. C'est important pour moi d'être moi-même au travail. Je suis une personne gentille et souriante : je veux pouvoir l'être partout.

Pour en revenir à la tension et au stress que vivent plusieurs personnes au travail, je dirais que dans le système de santé actuel, nous assistons à des changements majeurs, à des bouleversements même. Ce n'est pas quelque chose qui aide les personnes à être moins tendues ou stressées au travail. Pour ma part, c'est le contraire: j'aime le changement, je suis très à l'aise avec le changement. Je trouve même que les grands bouleversements dans le système de santé créent des occasions à saisir, par les infirmières, pour manifester leur leadership. J'essaie de communiquer à mes collègues cette attitude positive face au changement en étant souriante, en utilisant l'humour, en dédramatisant et en me concentrant sur les soins que l'on doit continuer de dispenser du mieux que nous le pouvons.

Dans mon travail en soutien à domicile au CLSC, je suis la personne-ressource pour tout ce qui concerne une maladie chronique en particulier. Bien que je n'aimais pas tellement faire des travaux ou des présentations lorsque j'étais au cégep ou à l'université, maintenant j'aime mieux ça. Je vais à des formations qui portent sur la maladie chronique pour laquelle je me spécialise et je partage les connaissances que j'acquiers en élaborant des formations pour mes collègues. Ces formations peuvent être formelles, à de grands groupes, ou plus informelles comme la présentation de capsules d'information à des petits groupes. Je préfère donner des formations plutôt informelles.

Tous les mercredis, nous avons une rencontre d'équipe. Mon équipe est composée de six infirmières et de deux infirmières auxiliaires. Il y a trois équipes semblables à mon CLSC dans le service de soutien à domicile. De plus, une vingtaine de préposées aux bénéficiaires (auxiliaires familiales) forme une équipe à elles seules. J'utilise les rencontres d'équipe pour faire de la formation à mes collègues sur différents sujets se

rapportant à la maladie chronique pour laquelle je me spécialise. L'assistante du supérieur immédiat (ASI) participe à ces rencontres. Dans certains CLSC la formation aux collègues relève de l'ASI. Chez nous, les ASI ont tendance à déléguer des tâches aux infirmières, comme la formation. Cela me permet de développer cet aspect de ma pratique et j'aime ça.

Je dirais que j'ai obtenu le titre de personne-ressource pour la maladie chronique en question d'une drôle de façon. Comme je soignais beaucoup de personnes ayant cette maladie et que je ressentais un grand besoin d'en savoir plus (j'ai toujours besoin d'en savoir plus), je me suis avancée pour devenir une personne-ressource lorsque mon employeur a exprimé la volonté qu'il y ait une infirmière personne-ressource pour cette maladie. Au début, plusieurs infirmières ont manifesté de l'intérêt. Mais lorsqu'il a été question d'une entrevue, plusieurs ont décliné l'offre. J'ai eu le titre de personne-ressource par défaut, puisque je suis la seule qui s'est présentée à l'entrevue. Je suis contente d'assumer cette responsabilité et j'apprends beaucoup.

Comme il s'agissait d'une nouvelle responsabilité, j'ai eu à implanter sa mise en œuvre au service de soutien à domicile. Ça n'a pas été facile au début. J'avais l'impression de ne pas en faire assez. J'ai souvent cette impression. Je voulais partager avec mes collègues toutes les connaissances acquises et je m'occupais de toutes les nouvelles personnes ayant cette maladie chronique dans notre service. J'ai dû apprendre à m'affirmer et à établir mes limites. Cela n'a pas été facile pour moi. J'ai fait comprendre à mes collègues qu'elles pouvaient fort bien s'occuper de nouvelles personnes ayant cette maladie et que je serais là pour les soutenir. Maintenant ça va beaucoup mieux. Je crois avoir trouvé la juste mesure.

À notre CLSC toutes les infirmières au soutien à domicile sont considérées comme des gestionnaires de cas. Nous assumons ce rôle, mais à mon avis pas autant que nous le devrions, et ce, pour toutes sortes de raisons comme le manque de temps. Lorsqu'une infirmière est impliquée dans un dossier, c'est généralement elle qui est l'intervenante

pivot. En tant que gestionnaire de cas ou intervenante pivot, je peux m'inscrire à des discussions de cas. L'ASI et les autres professionnels qui interviennent dans le dossier assistent aussi à ces discussions. À titre d'intervenante-pivot, je dois m'assurer que les activités de soins des différents professionnels soient bien coordonnées afin que la personne reçoive l'ensemble des soins requis.

Lors des discussions de cas, j'ai parfois à présenter aux collègues de l'équipe interdisciplinaire, les situations cliniques des personnes que je soigne à domicile. Je veux le faire de manière professionnelle. Il est important pour moi d'être crédible, d'avoir l'air compétente, de démontrer un bon esprit de synthèse, bref, de bien représenter les infirmières. Je trouve que nous avons, nous les infirmières, une certaine côte à remonter en matière de présentation de cas à des collègues des autres disciplines. Je crois que ceux-ci ne nous voient pas toujours comme des professionnelles ayant des connaissances et étant capables de bien les communiquer. Parfois je me demande même s'ils nous voient comme des personnes intelligentes.

Je trouve qu'à notre CLSC nous ne faisons pas assez de présentations de cas. Je dis cela parce qu'à la sortie d'une rencontre où nous avons discuté d'un cas, j'ai toujours l'impression d'avoir avancé, de ne pas avoir perdu mon temps. Il arrive que les premiers moments de la rencontre servent à verbaliser les difficultés que les différents intervenants de l'équipe éprouvent dans une situation clinique donnée. À mon avis, ces moments ne doivent pas être trop longs car il faut vite remettre au cœur de la rencontre notre volonté de réunir nos compétences afin de mieux aider nos patients. À ce sujet, je dirais qu'il est important de comprendre et d'aimer nos patients, pas juste leur offrir des services.

Bien que nous, les membres de l'équipe interdisciplinaire impliqués dans une même situation clinique, ne nous rencontrons pas autant que nous le voudrions, nous nous parlons beaucoup. Cela se fait de façon le plus souvent informelle, par téléphone ou encore en personne au CLSC, une personne à la fois. Toutefois, lorsqu'une personne de l'équipe ressent le besoin de discuter d'un cas avec les collègues, elle peut initier

l'organisation d'une rencontre. Pour assurer le meilleur suivi clinique possible, il est indispensable de se parler. En tant que gestionnaire de cas, je dois parler autant aux membres de l'équipe interdisciplinaire qu'aux gens de l'hôpital lorsqu'une personne que je soigne à domicile est hospitalisée. J'ai parfois à initier des rencontres pour que les différents intervenants discutent et en arrivent à saisir, par exemple, pourquoi il est indiqué et sécuritaire qu'une personne retourne à la maison après un séjour à l'hôpital ou pourquoi cela ne l'est pas ou ne l'est plus.

Au CLSC nous travaillons donc beaucoup en équipe et je suis très à l'aise avec cela. Je dirais même que pour assurer la paix et un bon fonctionnement d'équipe, il y a un important volet politique qu'il ne faut pas négliger. J'aime cet aspect. J'aurais peut-être même fait de la politique si je n'avais pas été infirmière. Parfois je me dis que j'aime le travail en équipe peut-être parce que j'ai grandi en équipe. Entre ma sœur plus jeune et ma sœur plus âgée, il n'y a pas beaucoup d'années de différence. Étant au milieu, j'ai été en quelque sorte la médiatrice dans cette belle équipe! Je ne sais pas vraiment ce que c'est que d'être toute seule et je comprends l'importance de mettre nos forces en commun. La capacité de travailler en équipe est une habileté indispensable pour pouvoir exercer un leadership clinique infirmier.

Je crois que l'un des facteurs qui nous aide, nous les infirmières, à développer nos capacités à exercer un leadership clinique, est le fait que les ASI de mon CLSC reconnaissent nos forces et n'hésitent pas à déléguer certaines de leurs tâches. Par exemple, je m'occupe parfois d'horaires de travail ou de la formation ponctuelle d'une infirmière d'agence qui assumera la charge de travail d'une collègue absente. Je dois m'assurer que sa charge de travail ne sera pas trop lourde et qu'elle sera en mesure de bien l'assumer. Je dois aussi m'assurer que la charge de travail est répartie équitablement entre les membres de l'équipe. J'aime beaucoup l'aspect coordination dans mon rôle d'infirmière clinicienne au CLSC.

D'autres facteurs peuvent favoriser l'exercice du leadership clinique par les infirmières. Par exemple, dans le service de soutien à domicile où je travaille, l'organisation reconnaît l'importance de la communication. Nous assistons présentement à une réorganisation physique des lieux. Ainsi, tous les intervenants liés à mon équipe, c'est-à-dire les infirmières, l'ergothérapeute, la nutritionniste, etc., nous allons tous être ensemble sur un même étage du CLSC. Plusieurs infirmières voient ce déménagement d'un très mauvais œil. J'essaie de leur transmettre ma façon de voir les choses, qui est beaucoup plus positive. Je crois que la communication entre les membres de l'équipe interdisciplinaire, qui est si importante, sera facilitée. J'essaie de présenter à mes collègues ce changement sous un angle plus favorable. Je l'ai dit plus tôt, je suis très à l'aise avec le changement!

Un autre facteur que je trouve facilitant pour l'exercice du leadership clinique infirmier, et cela pourra sembler un détail mais à mon avis ce n'en est pas un, c'est le fait d'avoir un bureau. Le fait pour une infirmière d'avoir un bureau permet aux collègues de venir la voir pour lui poser des questions cliniques. Dans mon cas, ce sont des questions à propos des soins aux personnes qui ont la maladie chronique pour laquelle je suis une personne-ressource. Pour moi, une personne qui exerce un leadership clinique infirmier est une personne-ressource. Dans un contexte qui me permet de développer cet aspect, je développe mes habiletés à l'exercice du leadership. La formation en cours d'emploi de même qu'une organisation de travail en petites équipes sont d'autres facteurs qui facilitent l'exercice du leadership clinique infirmier.

Il y a aussi des facteurs qui nuisent à l'exercice du leadership clinique infirmier. L'un des facteurs est lorsqu'une supérieure hiérarchique dit ce qu'elle pense à propos d'un projet qu'elle gère mais auquel elle n'adhère pas. Par exemple, lorsqu'elle présente les mauvaises nouvelles en les reliant aux restrictions budgétaires, à des décisions prises par d'autres personnes, etc. Je trouve cela très démotivant. Il me semble qu'une bonne leader est capable de présenter un projet sous un angle motivant, même s'il semble ne pas

l'être à prime abord. Je me dis que si une supérieure hiérarchique n'est pas capable de motiver les infirmières à s'engager dans un nouveau projet peu invitant à prime abord, comment les infirmières pourront-elles engager leurs patients dans un projet de changement de comportement peu enthousiasmant au départ mais qui serait bénéfique pour leur santé ? Parce que pour moi, un milieu favorisant l'exercice d'un leadership clinique infirmier de qualité encourage l'infirmière qui y travaille à exercer un leadership clinique auprès de ses patients.

Jusqu'ici, j'ai parlé du leadership clinique infirmier auprès des collègues, mais je crois qu'il faut absolument démontrer du leadership clinique infirmier auprès des personnes que l'on soigne, c'est-à-dire nos patients. Je dirais même que nous n'avons pas le choix de démontrer du leadership. Dans le service de soutien à domicile, il est primordial d'aider les patients à être les plus autonomes possible, pour qu'ils prennent en charge leur propre santé. Il faut promouvoir leur *empowerment* et soutenir leur motivation. Il faut les aider à identifier leurs forces, à mobiliser leurs ressources. D'après moi, une infirmière ne peut pas faire ça si elle n'exerce pas un solide leadership clinique auprès des patients. Mais attention : il ne s'agit pas d'exercer une autorité. C'est davantage une question de partenariat dans lequel l'infirmière est une personne qui écoute, soutient, explique, stimule, influence. Il est important de bien connaître les patients, et ce, afin d'effectuer des interventions qui leur conviennent vraiment. Le fait que nous allions à leur domicile nous aide à les connaître et à les comprendre. Je dirais même que c'est un facteur déterminant qui facilite l'exercice du leadership clinique auprès des patients.

Cependant, la lourdeur de la charge de travail fait en sorte qu'il n'est pas toujours possible de prendre le temps qu'il faudrait avec un patient pour mieux explorer, par exemple, ses habitudes de vie ou encore pour lui expliquer comment utiliser un outil personnalisé qui l'aiderait à mieux gérer sa santé au jour le jour. Je préférerais, et de loin, prendre du temps avec mes patients plutôt que de me consacrer à la paperasse, qui occupe

de plus en plus de notre temps! Le manque de temps auprès des patients nuit à l'exercice du leadership clinique infirmier. Je trouve ça très dommage. Même que je trouve ça triste. Parce que pour moi, l'enseignement aux familles ou encore la confection d'outils personnalisés, sont ce que j'appelle « les petits plus » qui font que je me considérerais vraiment comme une bonne infirmière.

Une infirmière n'est pas une exécutante. Pour vraiment donner des bons soins, elle doit aller plus loin que les simples gestes techniques, elle doit considérer la personne dans sa globalité. Comme je l'ai déjà mentionné, cela n'est pas toujours possible. Par manque de temps, et j'ajouterais par manque de connaissances sur les interventions. Je trouve que nous sommes très bien formées pour évaluer les situations cliniques et identifier les problèmes. Mais après ? Il me semble que nous sommes moins bien formées pour intervenir. Je déplore que les formations qui nous sont offertes en milieu de travail portent davantage sur les façons de documenter les soins (ex. utilisation d'un nouveau logiciel) plutôt que sur les connaissances pour mieux intervenir en soins infirmiers (ex. interventions à privilégier dans tel ou tel contexte, connaissances sur les procédures de soins ou sur les médicaments). Un jour nous avons eu une formation dans laquelle on nous a encouragés à voir les forces et les ressources des personnes plutôt que leurs problèmes uniquement. J'ai beaucoup apprécié cette formation et je souhaiterais qu'il y en ait plus comme celle-ci.

Par exemple, je crois qu'une formation sur le leadership ou sur la manière de dire à quelqu'un les points qu'il a à améliorer serait fort utile. Je trouve très difficile de dire à une collègue qu'elle fait quelque chose qui devrait être corrigé ou ajusté. Qui suis-je pour dire aux autres comment travailler ? Il me semble que je suis une infirmière trop jeune pour me permettre cela. Mais en même temps, lorsqu'il s'agit de choses qui menacent la qualité des soins, il faudrait pouvoir le dire. Je n'ai jamais réussi à le faire, je ne sais pas comment m'y prendre pour faire une rétroaction. Je peux le faire à un groupe, mais pas individuellement. Je crains que les gens cessent de m'aimer ou qu'il y ait de la chicane si

je ne m'y prends pas de la bonne façon. Je déteste la chicane et je veux continuer d'être appréciée et aimée à mon travail.

Je l'ai dit plus haut : pour moi, le climat de travail est quelque chose de très important. Et je revendique le droit d'être moi-même partout. Je suis une personne gentille et souriante. Je veux continuer de l'être autant au travail, avec mes collègues et mes patients, que dans les autres sphères de ma vie.

9. LE RÉCIT DE VIE DE MARYSE

Je m'appelle Maryse et je suis infirmière depuis plusieurs années. Je pourrais penser sérieusement à la retraite, mais je suis tellement bien dans mon travail que je ne me vois pas à la retraite pour le moment. Je m'occupe de l'équipe d'infirmières en visites postnatales à domicile pour la clientèle régulière, dans deux Centres locaux de services communautaires différents (CLSC). Je précise « clientèle régulière » parce qu'il y a aussi des infirmières qui travaillent dans un programme regroupant les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, destiné à une clientèle vivant en contexte de vulnérabilité (il s'agit du programme SIPPE). Mon équipe d'infirmières fait toutefois la première visite postnatale chez cette clientèle car elle a l'expertise pour évaluer et détecter les problèmes chez les nouveau-nés et leur mère en période postnatale immédiate. S'il y a un problème, par exemple si le nouveau-né présente un ictère ou une prise de poids inadéquate, une infirmière de mon équipe reverra le bébé, même si la principale intervenante au dossier (l'intervenante-pivot) est une infirmière du programme SIPPE. Dans mon milieu, les infirmières du programme SIPPE n'ont pas l'expertise pour faire, par exemple le suivi des nouveau-nés qui ont un ictère.

En tant que responsable de l'équipe, je coordonne plusieurs dossiers en lien avec la périnatalité et la petite enfance, tels que les cliniques d'allaitement et de vaccination, la clinique d'administration d'anticorps pour les grands prématurés avec des problèmes de santé, sans oublier les rencontres prénatales, la formation et le soutien clinique aux

infirmières. Parmi mes autres activités, j'anime ou participe à des réunions. De plus, je soutiens la technicienne en administration pour ce qui est de la gestion des horaires ou pour combler des besoins de dernière minute en matière de personnel infirmier. La technicienne en administration n'ayant pas de connaissance clinique, il lui est difficile de savoir à quel endroit telle ou telle infirmière peut aller remplacer. En l'absence de la technicienne, j'assume sa fonction et la mienne.

Je vais parler de quelques-uns de mes dossiers. La clinique d'allaitement sur rendez-vous est quelque chose que mon équipe et moi avons mis sur pied afin de mieux répondre aux besoins des mères qui éprouvent des difficultés avec l'allaitement. Avant l'avènement de la clinique sur rendez-vous, nous utilisions les visites postnatales pour répondre aux besoins des mères. Il fallait parfois six ou sept visites, avec des infirmières différentes, pour solutionner les problèmes des mères avec l'allaitement. Cela prenait du temps à l'horaire et faisait en sorte que l'on ne pouvait pas visiter autant de nouvelles mères que nous l'aurions voulu. Nous avons donc créé la clinique d'allaitement sur rendez-vous, où les mères sont conviées si une difficulté d'allaitement a été détectée. Ce sont les mêmes infirmières qui y travaillent. Elles développent ainsi une expertise pour aider les mères à solutionner leurs problèmes d'allaitement. Ces cliniques fonctionnent vraiment très bien, le suivi est meilleur et nous avons plus de temps pour visiter les nouvelles mères.

Pour ce qui est de l'organisation des cliniques de vaccination en petite enfance, il est important de planifier les choses le mieux possible et ce n'est pas toujours facile. Il faut souvent ajouter des rendez-vous aux cliniques déjà complètes (demandes de dernière minute) ou encore composer avec les annulations ou avec les absences lorsque des personnes ne se présentent pas à leur rendez-vous. Je porte une attention particulière à ce que la charge de travail des infirmières vaccinatrices ne soit pas trop lourde et que leur journée se déroule bien.

Dans l'organisation des cliniques de vaccination, l'apport des infirmières retraitées est très précieux. Elles acceptent de remplacer quelqu'un à la dernière minute et ne travailler que quelques heures plutôt qu'une journée entière. Quand nous devons trouver des remplaçantes aux infirmières qui ne peuvent se présenter aux cliniques de vaccination, j'apprécie beaucoup la souplesse des infirmières retraitées. Elles font un travail spécifique, ce sont des vaccinatrices. J'aimerais que notre Ordre professionnel soit plus flexible à leur égard : leur droit de pratique devrait être à un moindre coût, et elles ne devraient pas être tenues de faire les 20 heures de formation continue par année, demandées par l'Ordre. C'est une cause qui me tient à cœur.

Quant à la clinique d'administration d'anticorps à des bébés grands prématurés avec des problèmes de santé, c'est quelque chose qu'on a mis sur pied, mon équipe et moi, de A à Z. J'en suis très fière. En période de grippe saisonnière, ces bébés doivent recevoir les anticorps à la clinique, aux quatre semaines. Le protocole est très strict. Si le parent ne peut pas se présenter à la clinique avec son enfant au moment prévu, il n'y a que quelques jours pour se reprendre. Il faut donc faire des réorganisations rapides. La clinique fonctionne très bien. Je trouve que les infirmières qui y travaillent sont très généreuses et engagées, puisqu'elles doivent assurer le service même les jours fériés.

En plus d'assurer l'organisation de rencontres prénatales de qualité, mon travail consiste aussi à offrir un soutien clinique aux infirmières de mon équipe. Par exemple, il arrive qu'elles me consultent pour avoir mon avis sur des situations cliniques complexes rencontrées lors de leurs visites postnatales. Les infirmières en périnatalité et petite enfance œuvrant auprès de la clientèle régulière ne bénéficient pas d'un soutien clinique formel, contrairement aux infirmières du programme SIPPE qui bénéficient du soutien d'une personne superviseuse clinique qui les rencontre régulièrement. Puisque les enjeux d'ordre psychosocial sont fréquents et importants chez la clientèle SIPPE, c'est habituellement un travailleur social qui agit comme superviseur clinique pour les

infirmières du programme SIPPE. À ma connaissance, il n'y a jamais eu d'infirmière qui a assumé ce poste chez nous.

J'accorde une grande importance à la qualité des soins et à la qualité de vie au travail. Dans une organisation comme un système de santé, il y a de nombreux changements, particulièrement dans la période que nous traversons présentement. Il y a ce que j'appelle des « commandes » qui nous viennent de la gestion, des objectifs à atteindre, comme effectuer un nombre minimal d'interventions par jour ou créer un nouveau service sans ajout d'argent. Ce que j'essaie de faire comme responsable de l'équipe des visites postnatales, c'est d'atteindre les objectifs de commande en conservant un souci de qualité des services et de qualité de vie au travail. Je me vois comme la personne clinique intermédiaire entre les gestionnaires qui n'ont pas toujours une connaissance terrain et les infirmières qui font le travail sur le terrain. J'ai besoin de l'expertise terrain pour transporter les besoins plus haut.

Je crois que lorsque les gens éprouvent de la satisfaction au travail, ils sont plus performants et adhèrent mieux aux changements que l'on doit faire dans l'organisation. Leur professionnalisme augmente de même que la qualité des soins et des services.

Pour moi, le leadership clinique infirmier c'est d'abord un leadership. C'est général. Le leadership peut être positif ou négatif : ce sont les mêmes forces qui opèrent. Je vais parler ici du leadership positif. C'est convaincre les gens de nous suivre dans notre bateau, dans notre philosophie, dans nos objectifs. C'est être capable d'entraîner les gens avec nous. Le leadership ce n'est pas imposer quelque chose. Bien sûr, il y a parfois des choses qu'il faut imposer, mais une personne qui exerce un leadership ne peut pas être seulement directive et autoritaire. Elle doit prendre en considération le point de vue de l'équipe. Elle ne doit pas travailler seule. J'ai parfois un objectif en tête mais je dois considérer les idées de l'équipe pour pouvoir appliquer correctement ce qu'il faut faire pour atteindre cet objectif. Toutes les idées sont bonnes ou intéressantes. Nous bâtissons ensemble.

La personne qui exerce un leadership clinique infirmier doit croire en son travail, au travail de l'infirmière, au pouvoir de ce travail-là. Elle doit croire en la profession. Elle doit avoir différentes connaissances, qualités ou habiletés, telles que la connaissance du travail à faire, l'ouverture d'esprit, la générosité, l'accessibilité, la disponibilité, la capacité à écouter, à argumenter et à s'adapter. Il faut une grande capacité d'adaptation pour exercer un leadership clinique infirmier, entre autres parce qu'il faut s'ajuster à chaque personne de l'équipe. De plus, il est important de connaître les personnes à qui on a à faire. On peut avoir les mêmes objectifs mais on ne s'y prendra pas de la même façon avec une personne ou avec une autre. Il faut aussi tenir compte de la dynamique des équipes. Je dirais que les attributs que doit avoir une personne qui exerce un leadership clinique infirmier sont mis au service des trois volets retrouvés dans l'exercice de tout leadership : être convaincante, convaincue et crédible.

Je crois être capable d'être convaincante. Je ne prends pas un « non » des gestionnaires pour une réponse finale quand je sens que les membres de mon équipe tiennent vraiment à quelque chose. Quand je sens que les infirmières sont sincères et qu'il y a une détresse à soulager, quand je suis convaincue qu'elles ont raison, alors je reviens avec ma demande aux gestionnaires. Et ça va aussi dans l'autre sens. Si je suis convaincue qu'une demande des gestionnaires est correcte, je suis capable d'être convaincante auprès des membres de mon équipe.

Je crois avoir une bonne crédibilité auprès de mes collègues. Je connais très bien le travail de l'infirmière en contexte de périnatalité et petite enfance car je l'ai exercé pendant plusieurs années avant d'être responsable de l'équipe des visites postnatales. Je pense aussi que le fait d'être à l'écoute des infirmières contribue à consolider ma crédibilité comme responsable de l'équipe.

Avant de travailler en milieu communautaire, j'avais travaillé en milieu hospitalier pendant 20 ans. Au cours de ces 20 ans, j'avais travaillé quelque temps en périnatalité et petite enfance et j'avais beaucoup aimé ça. Mais quand j'ai eu mes enfants,

j'ai constaté qu'il s'agissait là des plus belles expériences de ma vie. J'ai alors décidé que je voulais travailler comme infirmière en périnatalité et petite enfance, en milieu communautaire.

Ce n'est pas facile de quitter un emploi après plusieurs années, mais je l'ai fait. Il faut avoir le courage de se repositionner quand notre travail ne répond plus à nos besoins. Si on ne le fait pas, je crois vraiment qu'il y aura des répercussions dans d'autres sphères de notre vie.

J'ai toujours considéré que c'est important de travailler avec plaisir. Ma philosophie est la suivante: « On passe tellement de temps au travail, il faut y être heureux! » Même dans les moments les plus difficiles à l'hôpital, j'ai toujours considéré qu'il était possible de se créer un environnement de travail plaisant, malgré un travail qui peut parfois être infernal en lui-même. Cela montre bien ma détermination à être bien malgré un contexte défavorable. Je pense aussi qu'il faut de la détermination pour exercer un leadership clinique. Je crois que le fait d'avoir été confrontée à un travail qui était parfois très difficile ou très pénible m'a permis de développer des habiletés pour l'exercice du leadership, comme la détermination à être bien au travail, ce dont je me sers encore aujourd'hui.

Il faut avouer que faire ce qu'il faut pour être bien malgré un contexte de travail très difficile exige d'être capable de continuer de voir l'aspect positif des choses. Je suis une personne foncièrement positive et passionnée par les soins infirmiers. J'estime avoir beaucoup de résilience. À l'hôpital j'ai longtemps été capable de rendre mon environnement de travail agréable malgré des conditions difficiles.

C'est alors que je travaillais à l'hôpital que j'ai décidé de faire mon baccalauréat en sciences infirmières. Je l'ai fait par cumul de certificats. Je travaillais la nuit, j'avais des cours la fin de semaine, j'avais une famille. Il fallait concilier tout ça. J'ai fait les deux premiers certificats puis, n'eut été d'un supérieur à l'hôpital qui m'a fortement

encouragée à faire mon troisième certificat, je n'aurais jamais eu mon baccalauréat. J'ai fait le troisième certificat en gérontologie, principalement parce que je pouvais le faire en ligne. J'ai trouvé ça tellement pratique!

J'avais donc mon baccalauréat et je travaillais à l'hôpital, tout en continuant de rendre mon environnement de travail le plus agréable possible. À partir du moment où on m'a obligée de travailler dans des conditions que je n'approuvais pas, je ne pouvais plus rester là. Aussi, j'avais des collègues un peu plus aigries et ça commençait à m'affecter. J'étais en train de m'épuiser au travail, je n'étais plus bien. Je suis une personne qui ne subit pas les choses. Quand je sens que je subis les choses, il faut que ça bouge. Alors je me suis repositionnée : j'ai démissionné de mon poste à l'hôpital et je me suis engagée sur la liste de rappel en CLSC.

Je me suis mise à travailler partout, à être orientée partout, je faisais de tout! J'ai même travaillé comme assistante au supérieur immédiat et à Info-Santé qui faisait alors partie du CLSC. Parfois je travaillais dans trois secteurs d'activités cliniques dans la même journée. Je pense qu'il n'y a pas beaucoup de personnes qui ont fait ça! Après quelques années, j'ai eu un poste dans le secteur périnatalité et petite enfance : mon objectif était enfin atteint.

Aujourd'hui, lorsqu'une infirmière de mon équipe ne semble pas satisfaite de son travail et critique tout le temps, je la rencontre pour la sensibiliser, lui fait prendre conscience de la situation. Je lui demande ce qui l'empêche de se repositionner, de faire un changement dans sa vie professionnelle. Car pour moi, il n'y a pas de raison de critiquer son travail toute sa vie. La profession infirmière offre tellement de possibilités. En général, quand je rencontre une personne qui critique son travail tout le temps, je constate une amélioration par la suite. Lorsqu'il n'y a pas d'amélioration, cela peut empoisonner l'ambiance de travail. Ma gestionnaire et moi aimerions avoir plus de ressources et de temps pour pouvoir approfondir les interventions avec ces « employés-défis ». Mais, nous manquons de ressources. Je rencontre alors le reste de l'équipe et nous

nous concentrons sur ce que nous pouvons faire pour améliorer le climat de travail. Je comprends qu'une infirmière qui critique son travail tout le temps puisse empoisonner le climat de travail de toute l'équipe. D'ailleurs, c'est difficile pour moi de travailler avec des personnes qui traînent leur bosse. C'est tellement plus agréable et stimulant de travailler avec des personnes passionnées. Heureusement, je dirais qu'en général je sens que mon équipe est passionnée.

J'ai régulièrement à rencontrer des employés qui, pour toutes sortes de raisons, ne donnent pas leur plein rendement. La rencontre peut porter par exemple, sur la qualité de l'évaluation des situations cliniques rencontrées. Je crois fermement que la qualité de l'évaluation d'une situation clinique est directement reliée à la qualité des interventions qui seront posées. Certaines infirmières déplorent le fait d'avoir à répéter la même chose, encore et encore, aux personnes qu'elles soignent. Certaines disent même : « J'ai beau enfoncer le clou, rien ne change, elle ne comprend pas! » Je dois apporter des correctifs à cette façon de penser. Tout d'abord, je dis que quand on travaille avec des personnes, il n'y a pas de clou à enfoncer! Il s'agit de bien évaluer la situation pour être en mesure d'identifier correctement les problèmes ou les besoins des personnes. De cette façon, il y a beaucoup plus de chances que les interventions effectuées soient pertinentes et efficaces, puisqu'elles sont personnalisées. Elles respectent alors la personne, elles respectent où elle en est rendue. Certaines infirmières ont tendance à escamoter l'évaluation. La conséquence est qu'elles interviennent avant de savoir ce qu'il faudrait qu'elles fassent! Je pense que l'amélioration de la qualité des soins passe beaucoup par l'amélioration de la capacité des infirmières à évaluer les situations cliniques rencontrées et par l'amélioration de leur capacité à bien identifier ce qu'il faut faire pour accompagner chaque personne.

Les personnes soignées sont souvent dans un contexte où un changement serait requis pour optimiser leur santé ou leur qualité de vie. Dans notre milieu, nous utilisons de plus en plus l'approche motivationnelle. Je trouve que cette approche est vraiment utile

pour bien comprendre où se situent les personnes soignées et pour mieux les accompagner. J'essaie de favoriser l'apprentissage de cette approche par le plus grand nombre possible d'infirmières de l'équipe des visites postnatales.

Je trouve que l'amélioration des habiletés à utiliser cette approche avec la clientèle aide aussi les infirmières à mieux comprendre le processus de changement de leurs propres comportements ou des changements dans l'organisation. C'est vraiment une approche gagnante qui peut être utilisée non seulement avec la clientèle et les infirmières, mais aussi avec nos enfants, notre conjoint ou un autre proche qui éprouve des difficultés à changer quelque chose à sa vie. Grâce à cette approche, une personne arrive à se mettre sur la même longueur d'ondes qu'une autre pour l'accompagner là où elle est et au rythme qui lui convient. Pour moi c'est ça accompagner quelqu'un dans un processus de changement. Les infirmières ont souvent à faire ce type d'accompagnement.

Je voudrais que les infirmières maîtrisent mieux l'approche motivationnelle. Pour ce faire, elles devraient être mieux formées. En fait, je voudrais qu'elles aient davantage de formation continue, sur différents thèmes en lien avec leur travail. C'est une priorité pour moi. Mais je constate que les budgets qui y sont consacrés sont très minces. Comme j'y crois beaucoup, je réussis parfois à convaincre les gestionnaires d'offrir davantage de formation continue.

Par exemple à un moment donné, j'ai réussi à obtenir de ma supérieure d'avoir du temps, soit une heure, pour offrir une formation continue. Ainsi, après avoir manifesté notre besoin d'avoir une formation sur le counseling, une équipe de chercheurs a concocté une formation d'une heure pour nous. Je me suis impliquée à fond pour arriver à libérer, pour une heure de formation, chaque infirmière de l'équipe des visites postnatales. En l'absence de la technicienne en administration, c'est moi-même qui ai retravaillé les horaires. Il y a 12 à 16 infirmières dans l'équipe. Toutes celles qui le voulaient ont pu assister à la formation. J'étais très contente car j'y croyais tellement!

La plupart du temps, si nous voulons de la formation continue, nous devons faire ce que j'appelle « des petites formations maison ». On a commencé à le faire et il faudra le faire davantage. Par exemple, j'ai confié à une infirmière qui connaît bien l'approche motivationnelle le mandat de préparer de courtes formations sous forme de capsules pour ses collègues. En plus d'améliorer les connaissances des collègues, cette infirmière a pu développer ses propres habiletés pour l'exercice du leadership. Je trouve que de tels « mini-mandats » aident les infirmières de terrain à développer leurs habiletés à exercer un leadership clinique. Bien entendu, cela peut vouloir dire d'alléger un peu leur charge de travail habituelle. Il faut le faire. Je pense que c'est important, dans une organisation, que les personnes qui exercent un leadership repèrent les infirmières ayant des capacités pour le leadership et leur confient des « mini-mandats », si bien sûr elles sont intéressées à les faire. Il s'agit d'une forme de reconnaissance de leurs compétences. Parce qu'elle donne le goût de se dépasser, la reconnaissance est un facteur très important pour soutenir le développement du leadership clinique infirmier dans une organisation.

Je crois que chaque infirmière doit être une leader dans sa pratique. Elle doit avoir une grande capacité de faire bouger les choses, ne serait-ce que pour stimuler et encourager l'*empowerment* chez les personnes qu'elle soigne. Je le vois d'ailleurs dans la pratique. Lorsque les infirmières sont moins capables d'exercer un leadership clinique, leur pratique est différente. Je dis que c'est plus « mou ». J'aimerais que les infirmières soient plus conscientes du pouvoir qu'elles ont, du pouvoir de leur travail. Ce pouvoir n'est peut-être pas très grand, mais il existe et il faut l'utiliser. Ça, j'en ai toujours été convaincue. Les infirmières n'ont pas besoin de parler fort. Leur pouvoir peut mener à des changements. Peut-être à de petits changements d'abord, mais je crois qu'un ensemble de petits changements peut résulter en de grands changements, autant dans la vie des personnes soignées que dans celle des infirmières elles-mêmes ou encore dans l'organisation où elles travaillent.

Au cours de ma carrière, j'ai eu plusieurs modèles d'infirmières exerçant un leadership clinique, que ce soit en contexte hospitalier ou en contexte communautaire. Je me souviens particulièrement de l'une d'elles, qui présentait en tout temps un grand respect pour les personnes. Elle avait une capacité d'adaptation remarquable et une solide confiance en la profession infirmière. Je l'ai trouvée particulièrement inspirante. Toutes les personnes exerçant un leadership clinique qui m'ont influencée étaient des personnes positives, passionnées des soins infirmiers et qui voulaient faire avancer les choses. Elles m'ont aidée à développer mes habiletés pour l'exercice du leadership.

En plus de la reconnaissance, de la part des collègues ou de l'organisation, des aptitudes d'une infirmière à exercer un leadership clinique, en plus du fait de confier à cette infirmière des mini-mandats, en plus de l'influence de modèles de rôles, il y a d'autres facteurs qui peuvent favoriser l'apprentissage ou l'exercice du leadership clinique, ou au contraire qui peuvent lui nuire.

Présentement, j'aime beaucoup travailler avec ma gestionnaire. Nous faisons une bonne équipe. Elle est très à l'écoute et me permet de me réaliser. Je considère que c'est un facteur qui aide à l'exercice du leadership clinique infirmier. Comme autre exemple, je dirais que le fait d'avoir un bureau sur place est important. Comme je l'ai dit précédemment, je m'occupe de deux équipes : trois jours dans un CLSC avec une équipe et 2 jours dans l'autre CLSC avec l'autre équipe. Parce que j'ai un bureau dans chacun des CLSC, je suis proche, présente sur place, visible et accessible. C'est important pour moi. De plus, les membres des deux équipes savent qu'ils peuvent me rejoindre en tout temps au travail, via mon téléphone cellulaire. Elles le demandent aux secrétaires et celles-ci savent comment me rejoindre. Je tiens beaucoup à être accessible et disponible pour les « filles ».

Il y a cependant des choses que je trouve difficiles dans l'exercice du leadership. Par exemple, je trouve parfois qu'il est difficile d'avoir à *dealer* avec les êtres humains. Je les trouve de plus en plus complexes. Je dirais même que je ne me sens pas toujours à

la hauteur. C'est un peu comme si mes propres limites à *dealer* avec les êtres humains constituaient une sorte de frein à mon exercice du leadership. Et avec l'arrivée des nouvelles infirmières ... c'est tout un changement cette génération-là!

Je les appelle « la génération Y ». Elles ont parfois des comportements qui heurtent mes valeurs. Par exemple le fait de calculer son temps. Elles tiennent beaucoup à avoir leurs pauses, leur heure de dîner, etc. et menacent d'aller au syndicat si elles ne les obtiennent pas. Il n'y en a pas beaucoup qui sont comme ça, mais je dirais qu'il y en a de plus en plus. Dans mon esprit, ce n'est pas communautaire ça. Mais en même temps je les comprends. C'est juste qu'en communautaire, on ne peut pas calculer notre temps comme ça.

Prenons l'exemple d'une infirmière qui fait des visites à domicile. Elle ne peut pas dire, au domicile de la personne visitée : « Bon, je vais aller prendre ma pause et je vais revenir ». Elle ne peut pas faire ça. Ou encore, lorsqu'une personne arrive en retard à son rendez-vous à la clinique, l'infirmière en communautaire ne peut pas lui dire de s'en aller. Elle doit lui faire une place dans le nouvel horaire ajusté. Il faut beaucoup de souplesse en communautaire. Par contre, je dirais que les nouvelles infirmières arrivent mieux formées pour ce qui est de l'approche motivationnelle. Ça c'est un très bon point en leur faveur. C'est leur menace de recourir au syndicat qui me heurte. Les infirmières d'expérience n'ont pas cette attitude ou en tout cas l'ont beaucoup moins.

Je trouve que le milieu syndical a une connaissance assez limitée du travail infirmier en milieu communautaire. J'irais même jusqu'à dire qu'il peut parfois constituer un obstacle à l'exercice du leadership clinique infirmier. Il peut lui mettre des barrières. Il y a eu récemment une très importante réunion syndicale dans laquelle les responsables ont annoncé toutes sortes de nouvelles plutôt décourageantes (ex. diminution massive de la durée du congé de maternité et abolition des primes de soir et de nuit). Cela amène beaucoup d'animosité. Les personnes se sentent lésées. Certaines se butent quand on leur demande quelque chose. Je suis syndiquée moi-même et je recommande aux infirmières

de mon équipe de prendre leurs informations à différentes sources, pas seulement aux sources syndicales. En général la direction est assez transparente sur ce qu'elle sait des changements qui s'en viennent. Il faut s'informer à différents endroits.

Comme autres facteurs qui peuvent nuire à l'exercice du leadership clinique infirmier, j'identifierais le manque de personnel. Parfois, la charge de travail est tellement lourde que les infirmières vont au plus pressant! Je le déplore; c'est tellement plus que ça la pratique infirmière. Le climat d'insécurité dû à la réorganisation actuelle du système de santé nuit aussi à l'exercice du leadership clinique. Et il y a l'épuisement du personnel. Il faut pas mal d'énergie pour être capable d'exercer un leadership.

La situation n'est pas facile actuellement dans le système de santé, mais j'aime encore mon travail. Je m'y plais beaucoup et j'ai du plaisir à travailler avec mon équipe et ma gestionnaire. Il est toujours aussi important pour moi que les personnes reçoivent des soins et des services de qualité en périnatalité et petite enfance. Et il est toujours aussi important pour moi que mon équipe ait une belle qualité de vie au travail. Il n'est donc pas question de retraite pour le moment pour moi. Ma carrière se poursuit!

10. LE RÉCIT DE VIE DE MADELEINE

Mon nom est Madeleine et je travaille depuis près de dix ans comme infirmière clinicienne dans un service de soins communautaires en périnatalité et petite enfance. Je m'occupe d'une clientèle vivant en contexte de vulnérabilité, c'est-à-dire une clientèle qui cumule différents facteurs de risque pour la santé et le développement comme la pauvreté, l'isolement, la consommation ou la sous-scolarisation.

Avant d'exercer ma profession en soins communautaires, j'ai travaillé en milieu hospitalier pendant près de 20 ans, dont dix à titre d'assistante infirmière chef. J'ai principalement travaillé en cardiologie et en chirurgie orthopédique où j'ai fait des suivis systématiques et assumé un rôle comme infirmière de liaison. Dans ce rôle, j'ai beaucoup

travaillé avec d'autres intervenants en santé tels que les physiothérapeutes. Je dois dire que j'ai vraiment aimé être infirmière en milieu hospitalier. J'aime le *caring*, j'ai aimé prendre soin des personnes hospitalisées. En soins communautaires, c'est un autre type de *caring*. J'aime ça aussi. Je me considère chanceuse d'avoir un tel travail. Ce n'est que depuis huit ou neuf ans que je travaille à temps complet : avant, je travaillais à temps partiel par choix, car je voulais consacrer la plus grande partie de mes énergies à ma famille.

J'ai toujours aimé travailler dans différents secteurs d'activité clinique en même temps. Quand je travaillais à l'hôpital, j'avais aussi un poste à Info-Santé, les deux emplois étaient à temps partiel. Aujourd'hui je peux dire que je suis une infirmière polyvalente. Comme mon travail actuel comporte plusieurs facettes, il répond à mon besoin de faire des choses diversifiées.

Les nombreuses facettes de mon travail font que les attentes envers les infirmières de mon secteur d'activité clinique sont élevées. Nous devons être capables d'intervenir dans des situations de crise, de violence conjugale, de négligence ou maltraitance envers les enfants ou encore dans des situations où il y a des enjeux liés à la toxicomanie ou à la dépendance. Bien entendu, nous devons aussi connaître et promouvoir le développement des enfants et être capables de détecter les retards. À cela s'ajoutent, entre autres, les rencontres prénatales en groupe, le *counseling* individuel en contraception ou encore les cliniques de vaccination et d'allaitement.

En tant qu'infirmière je suis très sensible à la promotion de l'allaitement. Mais j'essaie de ne jamais tomber dans le dogmatisme. Je demande aux femmes enceintes auprès desquelles je fais un suivi en prénatal si elles veulent que je leur parle des bienfaits de l'allaitement. Si elles me disent non, je n'insiste pas. Il y a toujours un vécu derrière un non et, pour ma clientèle, c'est souvent un vécu très difficile. J'essaie d'éviter de porter un jugement sur les personnes ou sur leurs choix. C'est d'ailleurs quelque chose que j'ai voulu inculquer à mes enfants. C'est la même chose lorsque j'identifie une situation

propice au counseling sur la contraception. Je demande à la personne si elle veut que je lui en parle. Si elle dit non, je n'insiste pas. J'accompagne les personnes en partant de là où elles sont et nous nous dirigeons vers où elles veulent aller. J'adhère aux principes de l'approche motivationnelle. Pour apprendre et changer quelque chose à sa vie, il faut de la motivation. L'enseignement sous forme de transmission d'informations ou d'argumentaire pour convaincre ne sert à rien ou presque.

Il peut arriver que le principal besoin d'une mère ou d'une famille ne soit pas tout à fait du ressort de l'infirmière. Par exemple, il m'est arrivé de suivre une famille immigrante dont le principal besoin, à un moment donné, était de se procurer de la nourriture gratuite d'un organisme communautaire. Cette famille n'avait pas de voiture. J'ai parfois pris la mienne pour aller chercher la nourriture avec la mère. J'en profitais pour évaluer la condition du bébé et de la mère. J'aurais pu ne pas faire cela (aller chercher la nourriture avec la mère), mais je voyais que son principal besoin était de cet ordre et je voulais qu'on y trouve une réponse rapidement. Ce n'est pas quelque chose qui est valorisé par mon employeur ni par mes collègues; mais je le fais quand même quand j'estime que c'est ce qu'il faut que je fasse. J'ai tendance à suivre mes élans, à faire ce que je sens qu'il faut que je fasse.

Quand on m'a dit que j'avais été identifiée par mes collègues comme étant une personne qui exerce un leadership clinique infirmier de qualité, j'ai été surprise. Parce que pour moi, il y a quelque chose de « carriériste » associé à la notion de leadership. Je ne suis pas carriériste, ayant toujours fait passer ma famille en premier. Je me vois plutôt comme une bonne personne, ouverte aux autres.

J'avoue que je ne sais pas trop ce qu'est le leadership clinique infirmier. Je vais énumérer quelques qualités ou capacités qui pourraient, selon moi, être liées au leadership : être une personne ressource, un modèle positif, un modèle d'ouverture aux autres, d'ouverture aux changements et à faire les choses différemment, à les faire d'une meilleure façon. Les qualités ou capacités pour exercer un leadership pourraient aussi être

l'autonomie, le dynamisme, l'engagement, l'initiative, la capacité à insister avec tact lorsqu'il le faut (par exemple, pour faire avancer un dossier), la facilité à faire des liens ou à créer rapidement une alliance de même que la capacité à travailler en collaboration.

Je travaille énormément en collaboration et je suis capable de prendre les devants. Par exemple, comme je travaille souvent avec des intervenantes de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), si je crois qu'il serait bon que je participe à une rencontre à propos d'un enfant d'une famille dont je m'occupe, je vais m'avancer et dire que j'aimerais participer à la rencontre. La plupart du temps, c'est très bien vu par mes collègues de la DPJ. En fait, je dirais que souvent ils n'attendent que ça. J'ai tendance à voir ma contribution comme infirmière dans un cadre plus large. J'essaie de penser à l'organisation des services et je voudrais que chaque personne auprès de qui je fais un suivi puisse bénéficier de tous les services auxquels elle a droit.

Je constate que souvent les personnes ne connaissent pas les services auxquels elles ont droit. Je me fais un devoir de leur faire connaître. J'ai une expérience de 19 ans comme infirmière à l'hôpital et de près de 10 ans en soins communautaires : je peux dire que je connais « la patente »! Pour que les gens reçoivent les meilleurs services, je dois travailler en collaboration. Mais avant tout, pour bien identifier qui seront les collaborateurs, je dois évaluer correctement les situations cliniques rencontrées. Dans mon secteur, ce sont les infirmières qui font l'évaluation initiale des situations cliniques et qui identifient les intervenants appelés à collaborer.

Une grande partie du rôle actuel de l'infirmière, dans mon secteur d'activité clinique comme dans d'autres secteurs je crois, est d'évaluer les situations cliniques rencontrées et d'identifier les besoins. Comme dans mon milieu l'infirmière a le premier contact avec la famille, c'est elle qui crée un lien de confiance, qui évalue les besoins et qui identifie ensuite la « majeure » des besoins, c'est-à-dire le besoin prioritaire : est-il d'ordre psychosocial, infirmier, ou autre? Si l'infirmière qui fait l'évaluation croit qu'un travailleur social devrait être impliqué dans une situation clinique donnée, elle devra

rassembler les arguments en faveur d'une telle position et les présenter à un Comité d'accès composé de trois personnes. Si l'infirmière convainc le Comité du bien-fondé d'un suivi par le travailleur social, cela sera fait. Dans le cas contraire, c'est souvent l'infirmière qui fera le suivi. Il est donc extrêmement important que l'évaluation soit faite correctement pour que chaque famille bénéficie des services des intervenants les mieux placés et les mieux formés pour les accompagner.

Dans notre jargon, nous disons d'une infirmière qui fait l'évaluation initiale des demandes pour des suivis en périnatalité et petite enfance auprès d'une clientèle vulnérable, qu'elle est « à l'accueil ». Cette évaluation initiale, qui se fait par téléphone, est la première étape d'un processus, c'est-à-dire l'étape où convergent toutes les demandes de suivis en périnatalité et petite enfance pour cette clientèle. Ces demandes peuvent provenir d'un Centre jeunesse, d'un autre CLSC ou encore d'un médecin. L'évaluation initiale fait partie du travail de l'infirmière qui fait les suivis en périnatalité et petite enfance auprès de la clientèle vulnérable. C'est une responsabilité qui demande du temps, des connaissances et des habiletés. Pour ma part, je suis à l'accueil trois jours aux deux semaines et j'aime beaucoup cette partie de mon travail. Humblement, je dois dire qu'on me reconnaît une certaine compétence en la matière, puisqu'une gestionnaire m'a déjà présentée à une autre comme étant une infirmière qui fait l'accueil « avec brio »!

Un jour, une infirmière à qui l'on demandait de faire trois évaluations par jour, à domicile, au lieu de deux, m'a demandé de l'accompagner chez la gestionnaire pour la soutenir dans sa revendication de faire deux évaluations par jour et non trois. Comme je connais le travail à faire, je peux défendre ce point de vue-là. Je ne suis ni « pro-employé » ni « pro-employeur ». Je comprends les différents enjeux, dont les enjeux budgétaires, parce que j'ai été assistante infirmière chef. J'essaie de voir les deux côtés de la médaille et d'exprimer un point de vue pondéré pour faire avancer un dossier ou pour dénouer une impasse. J'ai expliqué à la gestionnaire pourquoi je trouvais que faire trois évaluations initiales à domicile, en une journée était trop. Elle a bien accueilli mon point de vue. Nous

avons alors décidé de faire un vendredi à deux évaluations, puis l'autre vendredi à trois, puis l'autre vendredi à deux, et de voir comment ça se vivrait. Je ne sais pas si ça c'est du leadership ou si c'est juste d'être une bonne personne qui soutient une collègue. Je ne sais pas. Je serais portée à penser que c'est du leadership.

Je crois que mon expérience comme infirmière à Info-Santé m'a aidée à développer mes habiletés à évaluer rapidement et correctement une situation clinique. À cet endroit, j'ai appris à faire une évaluation aussi complète que possible en 15 minutes. Il fallait gérer l'appel en s'assurant d'identifier correctement les problèmes ou les besoins pour ensuite intervenir de façon appropriée. Cela demandait un jugement clinique sûr : cette expérience de travail m'a réellement permis de le développer. Je crois que c'est maintenant une de mes forces.

Mon expérience à l'hôpital comme assistante infirmière chef a aussi beaucoup contribué au développement de mes habiletés à évaluer des situations cliniques et à identifier correctement ce qu'il convient de faire. Je suis une femme d'action et je suis capable de prendre rapidement de bonnes décisions. Je considère qu'il faut agir, qu'il faut faire ce qu'on a à faire pour soutenir les personnes soignées et améliorer leur santé ou leur qualité de vie. Lorsque j'évalue une situation clinique, j'essaie de comprendre les besoins de la personne, de cette personne en particulier à qui je parle. Je veux comprendre sa réalité, où elle en est dans sa vie. Je veux travailler avec elle à ce qui est important pour elle et pour sa famille. Je n'essaie pas de la changer. Je l'accompagne, je fais un bout de chemin avec elle.

Je trouve que nous, les infirmières, nous ne sommes pas assez formées pour accompagner des personnes qui ont des problèmes de toxicomanie ou de dépendance. Il y en a pourtant un bon nombre parmi les personnes auprès desquelles je fais des suivis présentement. Au travail, j'ai eu une formation de trois jours sur ce sujet, mais il me semble que j'aurais besoin de plus de formation. Parfois, je dois faire des suivis auprès de personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanie ou de dépendance sans qu'un

travailleur social ne soit impliqué dans le dossier. Je n'ai pas, autant que je le voudrais, les compétences pour aider une personne à cheminer en dépendance, mais je me dis qu'au moins j'ai les compétences pour créer un solide lien de confiance avec cette personne. Je trouve ça difficile de constater cette lacune car je suis une personne qui a besoin de tout savoir pour avoir l'impression de bien soigner.

Je me souviens qu'à mon premier emploi à l'hôpital, on m'avait confié des patients en cardiologie. Je me suis dit : « Ils confient des patients en cardiologie à quelqu'un qui n'y connaît rien, ça n'a pas de bon sens ! » Deux mois plus tard, je suis allée à l'université pour me chercher des connaissances en cardiologie. J'ai suivi deux cours : « Cardio 1 » et « Cardio 2 ». Dans mon milieu de travail actuel, nous avons beaucoup de formations continues et c'est tant mieux. Ça me donne des idées, ça ouvre la porte à « plein de couleurs », à différentes façons de faire, à d'autres façons de mieux faire les choses. À l'hôpital il y avait beaucoup moins de formations continues.

J'ai adoré assumer la fonction d'assistante infirmière chef à l'hôpital. Entre autres, je coordonnais le travail des infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires. Parfois il y avait des « cliques » et je devais passer des messages. Ce n'était pas toujours facile. Cette expérience m'aide encore aujourd'hui car en plus de travailler avec des infirmières et autres collègues de l'équipe interdisciplinaire, je travaille aussi avec des auxiliaires familiales. Il y a encore des messages à passer.

Il y a beaucoup de rigidité dans un hôpital : c'est un aspect qui ne me plaisait pas. Par contre, d'autres aspects de ma fonction d'assistante infirmière chef me plaisaient beaucoup, comme discuter des situations cliniques préoccupantes directement avec les médecins. Avant d'être assistante, je trouvais plutôt frustrant de ne pas pouvoir parler directement aux médecins; il fallait que je passe par l'assistante qui, elle, discutait avec les médecins. Quand je suis devenue assistante infirmière chef, je pouvais enfin discuter avec les médecins des situations cliniques préoccupantes. Avant de discuter avec eux, je m'assurais de bien évaluer la condition des patients, j'évaluais tous les systèmes du corps,

je posais des questions aux infirmières et je recueillais toutes les informations pertinentes. Ensuite je discutais avec le médecin. Cela m'a donné confiance de parler aux médecins. Cela m'a donné de l'assurance.

Faire mon baccalauréat en sciences infirmières a aussi amélioré ma confiance en moi. Au début de ma carrière, je n'étais vraiment pas sûre de moi. Je me souviens que mon conjoint m'encourageait, me redisant que j'étais compétente et que ce qui me distinguait des autres infirmières était le nombre d'années d'expérience. Il m'a vraiment aidée à construire ma confiance en moi.

Je considère que j'ai fait mon baccalauréat en sciences infirmières sur le tard. J'avais presque 15 ans d'expérience comme infirmière lorsque j'ai commencé mon bac. Je l'ai fait tout en travaillant à temps partiel et en prenant soin de ma famille. Une fois mon diplôme obtenu, je ne suis restée qu'environ un an en milieu hospitalier. Je sentais que toutes sortes de choses me passaient sous le nez, je constatais le manque de possibilités de participer à des activités de formation continue. Je trouvais qu'il y avait une sorte de favoritisme. D'ailleurs, une personne de la direction m'avait dit : « Toi, on ne te donnera pas trop de formations car avec ton bac tu ne resteras pas avec nous longtemps! » Je commençais à me dire : « Je pense que ça va être limité pour moi ici ». De plus, les conditions de travail se détérioraient sérieusement.

Je repense à une soirée en particulier où il y avait énormément de travail. Il n'y avait que deux infirmières en plus de moi-même qui étais l'assistante. Les autres personnes étaient des infirmières auxiliaires. Il y avait vraiment trop peu d'infirmières, c'en était dangereux pour les patients! J'ai exigé d'avoir le nom de la personne qui avait décidé qu'avec seulement deux infirmières nous pourrions assurer la sécurité et la qualité de soins à tous les patients de l'unité. Je voulais que quelqu'un assume la responsabilité parce que je ne pouvais pas le faire. Ce n'était pas sécuritaire. D'ailleurs, un incident s'est produit. Je me souviens qu'une des médecins responsables avait fait parvenir une lettre à la direction pour appuyer mon point de vue.

Peu de temps après, j'ai décidé de quitter ce travail. Comme je voulais autre chose, j'ai posé ma candidature dans un CLSC. Pour être honnête, je ne savais pas trop dans quoi je m'embarquais! Durant l'entrevue, les gens se demandaient pourquoi j'étais prête à accepter un poste à temps partiel. Comme je l'ai dit précédemment, travailler à temps partiel était ce que je voulais. Je me souviens aussi d'avoir dit aux personnes qui me faisaient passer l'entrevue qu'elles pouvaient poursuivre en anglais si elles le désiraient. Cela a joué en ma faveur puisqu'il n'y avait pas beaucoup de personnes qui parlaient anglais au CLSC à ce moment-là. J'ai eu le poste.

Le fait d'avoir vécu avec deux conjoints anglophones m'a aidée à peaufiner mon anglais, mais c'est surtout un été passé aux États-Unis qui m'a permis de devenir bilingue. Lors d'une visite chez des parents habitant ce pays, j'avais offert mes services à un restaurateur. Celui-ci m'avait embauchée pour tout l'été suivant. Avec le recul, je me dis qu'il fallait être une adolescente pas mal audacieuse pour oser demander un emploi d'été dans une langue et un pays étrangers!

Je suis devenue autonome rapidement dans ma vie personnelle. Ma mère a été diagnostiquée avec une maladie chronique assez débilitante alors que je n'avais que neuf ans. Dès l'âge de 12 ans, je faisais l'épicerie et m'occupais de l'entretien du terrain. Mes parents ont divorcé alors que j'étais en très bas-âge. J'ai une sœur de qui j'ai beaucoup appris. Elle a tout un caractère ma sœur et s'est souvent mise les pieds dans les plats! J'ai souvent été témoin des conséquences malheureuses de ses décisions. J'étais une sorte de médiatrice entre elle et ma mère. C'est peut-être là que j'ai commencé à développer des habiletés pour la communication et la collaboration.

Je me suis beaucoup occupée de ma mère. Je pense qu'il était naturel pour moi qu'une fois adulte, je m'occupe de quelqu'un d'autre. J'ai eu mon premier enfant à l'âge de 20 ans. Puis j'ai eu les autres. J'avais beaucoup à faire avec ma famille et mes emplois à temps partiel. Je n'avais pas le temps d'être dans des comités ou autres choses du genre. Je m'occupais de ma famille et je donnais mon maximum au travail. J'étais le genre de

mère à faire de la plasticine pour tous les enfants lorsque c'était l'anniversaire d'un des miens, mais je n'avais pas le temps d'être dans des comités. Je dirais que dans mon travail, j'étais « engagée selon mes limites », ces limites étant d'ordre familial.

Nous avons vécu une grande épreuve mes enfants et moi, lorsque mon ex-conjoint, le père de mes enfants, est décédé. Nous n'étions plus ensemble depuis quelques années, mais nous nous entendions toujours bien. Cela a été très difficile. Je me souviens du soutien que nous avons reçu, de différentes personnes, dont un enseignant que mes enfants avaient eu plusieurs années auparavant. Il s'agit d'une personne à qui j'avais envoyé une lettre pour le soutenir dans un moment particulièrement pénible pour lui. Je l'avais assuré de mon appui alors que plusieurs personnes doutaient de lui. Il s'était souvenu et il était là, plusieurs années plus tard, dans la chambre d'hôpital du père de mes enfants, pour me soutenir à son tour lorsque c'est moi qui en avais besoin. Je lui avais écrit cette lettre parce qu'encore une fois, je sentais qu'il fallait que je le fasse. Je me mettais à sa place et je me disais : « Ça doit être terrible pour lui, il faut que quelqu'un fasse quelque chose, je vais faire quelque chose ». Comme je l'ai dit plus haut, j'ai tendance à suivre mes élans. Et jusqu'ici, j'ai toujours eu raison de le faire.

Je le fais aussi dans mon travail : je suis mes élans. Je fais ce que je sens qu'il faut que je fasse, même si cela va parfois à l'encontre des façons habituelles de travailler dans mon secteur d'activité clinique. Par exemple, j'ai fait plusieurs kilomètres pour assurer la supervision de visites auprès d'une mère et son enfant qui n'étaient plus sur le territoire de mon CLSC. J'ai fait cela parce que j'avais une bonne relation avec cette jeune femme et je voulais maximiser la qualité du temps passé avec son enfant lors des visites supervisées. Ça ne faisait pas l'unanimité auprès de mes collègues. Une autre fois, je suis allée au poste de police avec une cliente victime de violence conjugale parce qu'elle ne pouvait pas rejoindre son intervenant social et que personne des services sociaux ne pouvait aller avec elle. Comme j'étais aussi impliquée dans le suivi, elle m'a téléphoné et je suis allée avec elle. Une autre fois encore, je suis allée rendre visite à une jeune mère,

après ma journée de travail, parce que j'étais inquiète pour elle et son enfant. Comme elle demeurait sur mon chemin de retour à la maison, je n'avais pas de détour à faire. Pour moi, il était naturel que j'arrête la voir pour prendre des nouvelles. Je pourrais donner encore beaucoup d'autres exemples de cette nature. Je fais parfois les choses différemment parce que j'essaie d'être très à l'écoute et d'intervenir selon ce qui convient aux personnes. Mais en toutes circonstances, je m'assure que les interventions que je fais sont appropriées et sont dispensées correctement. Au moindre doute, je vérifie avec une autre intervenante.

J'apprécie mes collègues, mais je déteste entendre des commentaires du genre : « Fais attention, tu vas te brûler! » Je réponds : « C'est ma couleur, comprends-tu? C'est ma couleur! ». Et quand j'entends des commentaires comme : « As-tu vraiment besoin d'aller à cette révision de dossier à la DPJ? », je réponds : « Si je pense que pour le bien de ma cliente je devrais être là, alors oui, j'y vais ».

On est vite jugée dans notre travail, et je dirais plus souvent par des collègues très syndicalistes, quand on en fait un peu trop, quand on prend des décisions comme ça. Je sens aussi que je n'ai pas tout le soutien qu'il faudrait de la part de l'organisation quand il est question de soins. Il me semble que quand je fais les choses différemment, je n'ai pas beaucoup de soutien. Sans nécessairement dire que je dois cacher des choses, je dirais toutefois que je dois être discrète.

Mais sur d'autres aspects, je peux dire que l'organisation essaie de nous soutenir. Par exemple, les infirmières qui font des suivis en périnatalité et petite enfance auprès d'une clientèle vulnérable bénéficient de rencontres régulières avec une personne superviseuse d'activité clinique. Chez nous, ces rencontres ont lieu à toutes les trois semaines. La personne superviseuse clinique est un travailleur social. Il a beaucoup de connaissances et prépare des documents pour nous, par exemple, des documents pour faire des plans interdisciplinaires. Il essaie vraiment de nous offrir le meilleur soutien possible, mais n'y arrive malheureusement pas toujours.

Par exemple en ce moment nous avons un problème d'absentéisme aux rencontres de supervision clinique. C'est peut-être parce que nous voulons axer le soutien clinique moins sur la transmission de connaissances et plus sur le soutien entre collègues. Certaines infirmières d'expérience, moins intéressées par cette approche, s'absentent des réunions ou lorsqu'elles y sont, n'affichent pas toujours cette belle ouverture à entendre leurs jeunes collègues raconter les expériences professionnelles qu'elles vivent. On entend des commentaires comme : « Allons-nous encore parler de cela? Il me semble qu'on en a déjà discuté! » Cela crée un climat qui n'est pas optimal pour le partage d'expériences ou pour l'apprentissage qui pourrait en découler. À un moment donné, j'ai dit : « Comme infirmières d'expérience, vous en avez peut-être déjà discuté mais ce n'est pas le cas pour les nouvelles collègues qui ont besoin d'en parler et d'avoir votre avis d'infirmières d'expérience ». Considérant le comportement de certaines infirmières lors des rencontres avec le superviseur clinique, parfois je me dis qu'il serait peut-être mieux d'accepter qu'elles s'absentent plutôt que d'exiger qu'elles assistent aux rencontres à tout prix. Je me demande si penser comme cela est comme « lancer la serviette », donc un manque de leadership de ma part. Je ne sais pas. Le travailleur social, lui, continue d'être motivé à nous aider et persiste à vouloir régler le problème d'absentéisme. Pour l'instant le problème demeure.

Je suis une personne très positive mais il m'arrive de dire, pendant les réunions, les choses qui doivent être dites pour mettre à jour des problèmes. Je suis très soucieuse de la qualité des soins. En groupe, je suis capable d'identifier les choses qui devraient être changées dans nos pratiques. Mais quand il s'agit de le dire à une personne en particulier, c'est beaucoup plus difficile pour moi. Je vois le fait de soulever les problèmes en groupe comme des occasions d'en discuter et de travailler ensemble à trouver des solutions. Mon intention est toujours d'améliorer les services et de mieux répondre aux besoins réels des personnes auprès desquelles nous faisons des suivis. Par exemple, il m'est arrivé de constater, un vendredi après-midi, qu'il n'y avait presque aucune nourriture dans un appartement pour une mère et son enfant. On ne peut pas attendre au lundi pour intervenir!

Je n'étais pas à l'aise avec l'idée que j'allais me payer un bon repas en fin de semaine et qu'elle et son enfant n'auraient presque rien à manger. Il fallait faire quelque chose. Mais c'était un vendredi après-midi : personne ne pouvait s'occuper du problème. Un peu plus tard, l'organisateur communautaire s'est impliqué et nous avons trouvé une solution durable.

Je suis très engagée dans mon travail, mais je ne peux pas dire que j'ai toujours été une personne aussi engagée. Il me semble qu'à l'école je ne l'étais pas particulièrement. Peut-être un peu plus à l'université? Non, pas vraiment. Quand je travaillais à l'hôpital j'étais engagée, mais selon mes limites qui étaient alors d'ordre familial. Cela peut paraître paradoxal, mais je crois que mon engagement actuel dans mon travail résulte d'un manque de confiance en moi. Bien entendu, entre le début de ma carrière et maintenant, les choses se sont grandement améliorées. Mais je manque encore de confiance en moi. J'ai besoin d'en savoir toujours plus et de toujours faire le maximum pour être certaine que tout soit bien fait. Je veux que les personnes dont je m'occupe en périnatalité et petite enfance aient des réponses adéquates à leurs besoins. En tant que femme d'action, je vise à ce que des interventions concrètes soient posées pour qu'ultimement les personnes dont je prends soin prennent leur vie en main et améliorent leur santé et leur bien-être.

* *

*

Le récit de vie de Madeleine complète ce chapitre consacré aux récits de vie validés, c'est-à-dire aux résultats de la démarche d'analyse des entretiens. Dans le prochain chapitre, nous présentons les résultats de notre analyse des récits de vie au cas par cas et de notre analyse transversale des récits de vie.

SIXIÈME CHAPITRE

LES RÉSULTATS DE L'ANALYSE TRANSVERSALE DES RÉCITS DE VIE

Notre étude vise à mieux comprendre le leadership clinique infirmier et, en particulier, à décrire a) comment des personnes qui exercent un leadership clinique infirmier dont la qualité est reconnue par des pairs se sont développées, tout au long de la vie, pour devenir ces leaders, et b) comment se développe ou s'est développé le leadership clinique infirmier qu'elles exercent. Cette description est réalisée à partir de l'analyse des récits de vie des dix participantes à l'étude. Rappelons que ces récits de vie ont été reconstitués par la doctorante après avoir fait l'analyse du verbatim des entretiens avec chaque participante. Les dix récits de vie reconstitués par la doctorante et validés par les participantes ont été présentés au chapitre précédent de même que la démarche d'analyse du verbatim des entretiens et la démarche de reconstitution des récits de vie. Rappelons aussi que nous considérons que « les infirmières exerçant un leadership clinique infirmier » constituent ce que le sociologue Daniel Bertaux (2016) appelle une situation sociale. Selon cet auteur, une situation est sociale dans la mesure où elle produit, pour toutes les personnes qui s'y retrouvent et avec des ressources comparables, les mêmes contraintes, les mêmes tensions, la même pression vers des logiques d'action répondant à la situation. Toujours selon Bertaux, une situation sociale peut être étudiée du point de vue de personnes qui s'y retrouvent et l'approche qu'il recommande pour le faire est celle ayant recours aux récits de vie de ces personnes.

Bertaux (2016) estime que les récits de vie, comme forme de recueil de données empiriques, permettent de saisir les caractéristiques profondes d'une situation sociale. Cet auteur ajoute que le recours aux récits de vie peut aussi permettre de découvrir par quels mécanismes ou processus des sujets en sont venus à se retrouver dans une situation sociale donnée et par quels moyens ils tentent de la gérer. Nous considérons que les mécanismes ou processus en question peuvent être liés au développement du leadership clinique que

les participantes exercent dans leur milieu ou encore, à leur développement en tant qu'infirmière leader clinique.

Dans le chapitre précédent, nous avons présenté le récit de vie reconstitués par la doctorante et validés par les participantes. Dans le présent chapitre, nous exposons les résultats obtenus à la suite de la deuxième démarche d'analyse des données, soit l'analyse de ces récits de vie, d'abord au cas par cas puis en les comparant entre eux. Il s'agit des résultats de l'analyse transversale des récits de vie reconstitués par la doctorante. Dans le paragraphe ci-dessous, nous précisons comment chaque récit de vie reconstitué a été analysé ainsi que la démarche d'analyse pour la comparaison des récits entre eux.

Chaque récit de vie reconstitué et validé a été soumis à une grille d'analyse basée sur une composante importante de notre cadre de référence, soit les écrits de Day *et al.* (2014) sur le développement du leadership et du leader. Pour ces auteurs, l'étude du développement du leadership et du leader doit porter sur différents niveaux d'analyse, soit le niveau intrapersonnel et le niveau interpersonnel, c'est-à-dire le niveau d'une dyade, d'un groupe, d'une organisation. Nous avons fait ressortir, dans chaque récit de vie reconstitué, les informations en lien avec les « niveaux d'analyse » auxquels Day *et al.* (2014) font allusion.

Par exemple, les informations à propos des caractéristiques des infirmières leaders cliniques et de leur développement ont été associées au niveau d'analyse intrapersonnel (mentionnons « être autonome », « être flexible », « avoir une vision des soins infirmiers »). D'autres informations étaient plutôt associées à un niveau d'analyse interpersonnel, ou les deux. Par exemple l'information « importance des alliés » peut être analysée au niveau intrapersonnel (avoir la capacité de faire des alliances) ou interpersonnel (réaliser des alliances stratégiques avec une personne à la fois, il s'agit alors du niveau d'analyse dyadique, ou avec un groupe, il s'agit alors du niveau d'analyse groupe).

En comparant les récits de vie entre eux, nous pouvions identifier des récurrences, des similitudes, des différences, des particularités ou des singularités, autant au niveau intrapersonnel qu'interpersonnel. Par exemple, nous avons constaté l'importance de l'autonomie dans les récits de vie reconstitués : il s'agissait d'une récurrence, que nous avons considérée de niveau d'analyse intrapersonnel. Nous avons constaté que dans tous les récits de vie reconstitués, les participantes ont obtenu au moins un diplôme de baccalauréat en sciences infirmières: cela constitue une similitude. Toutefois, le chemin pour y arriver est unique à chacune des participantes, et certaines ont une maîtrise, ce qui fait ressortir les particularités ou la singularité de chaque parcours de vie.

Après avoir fait cette introduction générale au présent chapitre sur les résultats de l'analyse transversale des récits de vie, nous présentons maintenant comment ce chapitre est organisé.

Le présent chapitre est divisé en quatre sections. Dans la première section nous présentons les caractéristiques de la situation sociale étudiée, soit « les infirmières exerçant un leadership clinique infirmier », du point de vue des participantes à la recherche. La deuxième section est consacrée aux processus de développement de l'infirmière leader clinique dans une perspective biographique tout au long de la vie. Dans la troisième section nous présentons les processus liés au développement du leadership clinique infirmier. Finalement, dans la quatrième section nous présentons l'illustration de nos résultats au moyen d'un schéma intégrateur.

1. LA SITUATION SOCIALE ÉTUDIÉE : LES INFIRMIÈRES EXERÇANT UN LEADERSHIP CLINIQUE INFIRMIER

Dans cette première section, nous décrivons brièvement la situation sociale des infirmières exerçant un leadership clinique infirmier reconnu par les pairs. Nous discutons des contraintes et des tensions que les participantes rencontrent dans la situation

sociale étudiée, et ce, quel que soit leur milieu de travail en soins communautaires et que leur exercice du leadership soit formel ou non.

En effet, à la suite de l'analyse transversale des récits de vie des participantes, nous avons remarqué qu'elles vivent des contraintes et des tensions semblables, qu'elles essaient de gérer au mieux. Les stratégies utilisées par les participantes réfèrent à ce que Bertaux (2016) appelle la « logique d'action » que les sujets qui se retrouvent dans une situation sociale mettent en place pour composer avec cette situation. Nous terminons cette première section du présent chapitre en révélant la logique d'action que les participantes à notre recherche mettent en place pour pouvoir exercer le leadership clinique infirmier.

Pour commencer, nous voulons préciser que les participantes à notre recherche exercent ce que nous appelons un « leadership clinique infirmier de proximité », c'est-à-dire que leur pratique se situe très près des soins ou des services infirmiers directs. Trois participantes occupent des postes de coordonnatrice d'équipe d'infirmières sur le terrain, une est conseillère clinique et les six autres sont des infirmières dispensant des soins ou des services infirmiers directement aux personnes. Soulignons que parmi les six infirmières dispensant des soins directs, quatre assument des responsabilités bien définies, comme préparer et animer des activités de formation continue pour les pairs ou les collègues de l'équipe interprofessionnelle, être la personne-ressource dans son milieu pour aider les collègues à maîtriser l'approche de promotion de la santé déployée dans tout le Québec, représenter les infirmières en soins de première ligne au sein d'un Comité exécutif d'un CISSS, ou encore être la personne-ressource dans son milieu pour les soins aux personnes ayant une maladie chronique particulière.

Le leadership étant un phénomène social, quel que soit le milieu d'exercice du leadership clinique infirmier et que ce leadership soit formel ou non, les participantes sont impliquées dans un grand nombre d'interactions. Celles-ci peuvent être avec les personnes qui reçoivent des soins ou des services infirmiers, avec les collègues de

l'équipe de soins, avec les partenaires de l'équipe interprofessionnelle ou ceux de la communauté, ou encore avec les membres de la direction de l'organisation de santé. Les interactions peuvent se faire avec une personne à la fois (interactions en dyade) ou avec une équipe (interactions en groupe).

Toutes les participantes démontrent un intérêt profond pour les personnes, pour les interactions qu'elles ont avec elles et pour les interactions que les personnes ont entre elles. Les interactions ne sont pas toujours faciles, certaines étant même source de tension importante. Par exemple, les participantes qui exercent un leadership clinique infirmier non formel ont tendance à trouver difficile de faire de la rétroaction à une collègue en particulier alors qu'elles n'ont pas cette difficulté à le faire en groupe. Toutes les participantes rapportent qu'elles prennent régulièrement la parole dans leur exercice du leadership clinique, que ce soit auprès d'une personne ou auprès d'un groupe.

Différentes actions sont mises en œuvre par les participantes dans leur exercice du leadership. L'analyse transversale des récits de vie permet de relever qu'elles manifestent principalement les actions suivantes : a) influencer, b) mobiliser, c) organiser le travail, d) négocier, e) consulter, f) recentrer les activités sur les objectifs communs, g) solutionner les problèmes et innover lorsqu'il le faut, et h) dispenser des soins de qualité répondant aux besoins réels des personnes. Soulignons au passage que nous avons choisi d'approfondir ces actions dans la section sur le développement de l'infirmière leader clinique tout au long de la vie.

Toutes les participantes disent aimer leur travail, plusieurs parlant même d'une passion. Elles ont à cœur l'avancement de la profession infirmière. Aussi, elles tiennent à ce que les personnes reçoivent des soins ou des services infirmiers de la meilleure qualité possible, et ce, malgré un contexte de rationalisation importante des ressources et de changements majeurs imposés dans tout le système de santé. Les participantes sont sur la ligne de front pour assurer que le travail soit bien fait, individuellement mais souvent en équipe, dans des conditions moins qu'optimales.

Le contexte actuel de changements majeurs dans le système de santé fait que les participantes ont à appliquer elles-mêmes, ou communiquer aux collègues ou encore faire appliquer des décisions venant de la direction avec lesquelles elles ne sont pas toujours d'accord. Il arrive même que les participantes aillent à l'encontre des recommandations de la direction lorsque la qualité des soins ou des services ou que l'autonomie des infirmières sont menacés. Les décisions imposées peuvent créer des tensions, avec les infirmières ou avec les autres partenaires, ou encore avec les supérieurs hiérarchiques dans l'organisation. Toutefois, la plupart des participantes disent ressentir un soutien de la part de la direction de leur établissement. Aussi, elles se disent à l'aise avec le changement et constatent une résistance au changement chez des personnes avec qui elles sont en interaction. Les participantes ont tendance à respecter le rythme des personnes pour ce qui est du changement et à reconnaître que les changements peuvent mettre du temps à se produire. Nous approfondirons la question du temps plus loin dans ce chapitre.

La résistance au changement est une contrainte avec laquelle les infirmières qui exercent un leadership clinique infirmier ont à composer au quotidien. Cela peut compliquer les interactions avec les personnes, que celles-ci soient les personnes recevant des soins ou des services infirmiers, les infirmières de l'équipe, les autres membres de l'équipe interprofessionnelle, les partenaires de la communauté ou encore la direction.

Dans la situation sociale étudiée, les participantes vivent des contraintes et des tensions semblables, et ce, qu'elles exercent un leadership clinique infirmier formel ou non. Elles semblent ressentir le même genre de pression et adoptent une logique d'action commune. C'est cette logique d'action qui leur permet d'exercer un leadership clinique infirmier avec succès. Ainsi, quel que soit le milieu où elles exercent un leadership clinique infirmier et que ce leadership soit formel, c'est-à-dire associé à un poste de gestion ou de coordination, ou non formel, il ressort que, pour pouvoir exercer un leadership clinique infirmier de qualité, les participantes établissent, dans leur environnement de travail, une logique d'action mettant en place quatre composantes :

- A. Établir la confiance : la confiance en soi, autant pour elles-mêmes que pour les infirmières de l'équipe, un climat de confiance mutuelle au travail, une confiance en l'avenir;
- B. Assurer la crédibilité : la leur, celle des collègues infirmières, celle du travail infirmier, celle de la profession infirmière;
- C. Collaborer et faire des alliances : encourager et entretenir des liens de collaboration fructueux, faire des accords, se montrer ouvertes aux points de vue des autres, les écouter;
- D. Utiliser la parole : s'exprimer clairement, encourager les autres à le faire.

Nous estimons que les composantes de cette logique d'action permettent aux participantes d'exercer un leadership clinique infirmier. Elles constituent des phares dans la démarche de développement de ce leadership, c'est-à-dire dans la démarche centrée sur le développement des interactions entre les personnes. La personne qui favorise la mise en œuvre de cette logique d'action est une infirmière leader clinique, qu'elle exerce un leadership formel ou non dans l'organisation de santé.

Dans la prochaine section, nous présentons nos résultats quant au développement de l'infirmière leader clinique dans une perspective biographique tout au long de la vie.

2. LE DÉVELOPPEMENT DE L'INFIRMIÈRE LEADER CLINIQUE : PROCESSUS DE CRÉATION DE SOI PERSONNEL ET PROFESSIONNEL EN UNE COHÉRENCE INDIVIDUELLE

Cette section porte sur ce que nous appelons les processus de création de soi personnel et professionnel en une cohérence individuelle. Nous considérons que le développement de l'infirmière leader clinique implique un ensemble de processus permettant la subtile métamorphose de celle-ci alors qu'elle apprend tout au long de la vie et dans tous les aspects de la vie. C'est pourquoi nous parlons de création de soi personnel et professionnel. Nous estimons que les processus de création de soi sont des

processus d'apprentissage et qu'ils sont nombreux. Nous nous intéressons particulièrement aux apprentissages en lien avec le développement de la personne en tant qu'infirmière leader clinique. De plus, l'analyse des récits de vie montre que les participantes ont développé ce que nous appelons une cohérence individuelle. Celle-ci donne un sens à ce que la personne vit ou a vécu, à ce qu'elle ressent ou a ressenti, à ce qui constitue pour elle des sources de difficultés ou de fierté, aux stratégies qu'elle a apprises à mettre en place pour composer avec les événements rencontrés. La cohérence individuelle permettrait à une personne de se donner une logique individuelle, de donner un sens à l'histoire de sa vie. Elle influencerait la façon avec laquelle l'infirmière leader clinique conçoit et exerce le leadership clinique infirmier. À titre d'exemple, nous présentons, à l'annexe J, la cohérence individuelle d'une participante à la recherche.

L'analyse transversale des récits de vie des participantes nous a permis d'identifier cinq composantes résultant d'apprentissages en lien avec le développement de l'infirmière leader clinique : a) la confiance en soi et en la profession infirmière, b) la crédibilité professionnelle, c) la capacité à créer la collaboration et les alliances, d) la capacité à communiquer et e) la capacité à surmonter les difficultés. Ces composantes ne sont pas mutuellement exclusives dans le sens que, par exemple, les processus d'apprentissage impliqués dans la construction de la crédibilité professionnelle peuvent impliquer la capacité à créer la collaboration et les alliances et vice-versa. Il faut considérer ces composantes comme ayant à la fois un caractère distinctif et des affinités entre elles. En ce sens, nous présentons ces composantes ainsi que les processus d'apprentissage qui y sont reliés.

2.1 La confiance en soi et en la profession infirmière

L'analyse transversale des récits de vie permet de relever des traits de caractère ou manières d'être que les participantes s'attribuent en tant que leader clinique, de même que les habiletés, les valeurs, ou encore les forces qui les animent et qui les aident à

exercer un leadership clinique infirmier. De plus, les participantes ont toutes, à leur façon, parlé de la confiance qu'elles ont en la profession infirmière.

Ainsi, pour ce qui est des traits de caractère ou des manières d'être, il se dégage que les participantes se voient comme des femmes d'action, des personnes positives, autonomes, débrouillardes, capables de prendre des initiatives, rigoureuses, travaillantes, persévérantes, accessibles, flexibles, engagées, ouvertes d'esprit, à l'aise avec le changement, bienveillantes, justes et à l'écoute des autres. Elles aiment et valorisent le travail en équipe. Bien qu'elles se disent très respectueuses de leur employeur, le tiers des participantes avouent être capables de lui tenir tête ou d'aller à l'encontre de ses recommandations lorsqu'elles estiment que l'autonomie des infirmières ou que la qualité des soins ou des services est compromise.

Les participantes ont confiance en leurs habiletés à évaluer correctement les situations rencontrées, à exercer un jugement clinique sûr, à prendre de bonnes décisions et le faire rapidement ou en équipe lorsque c'est nécessaire, à intervenir adéquatement et rapidement lorsqu'il le faut, à créer un climat de confiance, à maximiser le bien-être, à encourager ou maintenir la collaboration, à prioriser, à s'ajuster, à coordonner, à solutionner des problèmes, à innover lorsqu'il le faut, à bien communiquer, à argumenter, à être une personne-ressource.

Toutes les participantes valorisent les soins infirmiers. Elles disent aimer leur travail, certaines parlent d'une passion. Elles ont développé une vision claire des soins infirmiers, assument pleinement le rôle contemporain de l'infirmière et ont à cœur l'avancement de la profession infirmière. Voici comment Claudine²⁷, qui exerce un leadership clinique infirmier non formel en soins communautaires en périnatalité et petite

²⁷ Les propos des participantes rapportés dans le texte sont des extraits des récits de vie rédigés par la doctorante à partir des entretiens avec les participantes. Ces récits validés par les participantes sont présentés au chapitre cinq.

enfance, décrit le lien entre sa vision des soins infirmiers et ses activités professionnelles au CLSC. Il est intéressant de noter qu'elle considère que sa formation au baccalauréat a contribué à une vision claire des soins infirmiers :

Je considère qu'avoir une vision claire des soins infirmiers m'a beaucoup aidée à exercer un leadership clinique infirmier. Au CLSC, je sais quel est mon rôle comme infirmière en petite enfance et j'agis en cohérence avec ce rôle [...] Je me sens redevable à l'université où j'ai fait mon baccalauréat en sciences infirmières car je trouve que ma vision des soins infirmiers est très claire comparativement à celle de plusieurs de mes collègues.

Une vision claire des soins infirmiers peut aider à promouvoir davantage l'apport de ceux-ci à la santé ou au bien-être des personnes. Les participantes ont confiance et croient en la valeur du travail infirmier. Cependant, ce travail leur paraît, à certains égards, pas tout à fait au niveau de ce qu'il pourrait être, et ce, disent-elles, parce que les infirmières et infirmiers hésitent à assumer pleinement leur rôle. Maude, qui exerce un leadership clinique infirmier formel en soins à domicile, s'exprime ainsi :

J'aimerais que les infirmières occupent davantage le champ d'exercice que la loi leur permet. Par exemple, au soutien à domicile, il revient souvent aux infirmières de procéder à l'évaluation approfondie de la situation clinique des personnes soignées [...] Or, même si elles sont formées pour le faire, plusieurs infirmières ont des réserves par rapport à cette activité. [...] Nous devrions considérer cette activité comme une occasion pour nous, les infirmières, de mieux occuper notre champ d'exercice.

La référence au pouvoir des soins infirmiers pour améliorer non seulement la santé ou le bien-être des personnes, mais aussi pour améliorer le fonctionnement de l'organisation de santé semble être en filigrane dans le discours des participantes. Cependant certaines y font référence explicitement. Les propos de Maryse, qui exerce un leadership clinique formel, vont en ce sens :

J'aimerais que les infirmières soient plus conscientes du pouvoir qu'elles ont, du pouvoir de leur travail. Ce pouvoir n'est peut-être pas très grand, mais il existe et il faut l'utiliser. Ça j'en ai toujours été convaincue [...] Leur pouvoir peut mener à des changements. Peut-être à de petits changements d'abord, mais je crois qu'un ensemble de petits changements peut résulter en de grands changements, autant dans la vie des personnes soignées que dans celle des infirmières elles-mêmes ou encore dans l'organisation où elles travaillent.

Lorsque l'on considère le développement des infirmières leaders cliniques tout au long de la vie, nous pouvons constater chez elles la présence constante d'une volonté d'améliorer la qualité des soins ou des services infirmiers. Connaissant leurs forces et faisant preuve de confiance en soi, c'est dans l'esprit d'une amélioration de la qualité des soins ou des services que les participantes utilisent leurs forces et leur confiance en soi pour exercer un leadership clinique infirmier dans leur milieu.

L'expertise clinique est une force que la majorité des participantes mobilisent au quotidien. Cependant, pour Julie, qui élabore des règles de soins ou des protocoles, il est plus difficile d'avoir une expertise clinique puisque son travail implique le recours à des connaissances dans différentes spécialités médicales. Dans l'extrait ci-dessous, elle explique comment une prise de conscience lui a permis d'augmenter la confiance en soi nécessaire pour exercer le leadership clinique infirmier :

J'ai compris que je ne peux pas être bonne dans tout, que je ne peux pas être experte dans tout. C'est ma supérieure qui m'a aidée à comprendre cela. Elle m'a aidée à comprendre que je peux être l'experte du « gabarit » [...] mais que d'autres personnes, celles-là plus près du terrain, sont les expertes du contenu. Comprendre cela m'a beaucoup aidée. Quand j'ai compris que c'était correct que je ne sache pas tout, j'ai été plus à l'aise pour exercer mon leadership.

Il se dégage que les participantes ont une bonne connaissance de leurs traits de caractère, de leurs habiletés, de leurs forces, de leurs limites et des stratégies qu'elles déploient pour exercer leur leadership clinique infirmier. Prenons l'exemple de Julie. Une

de ses forces est sa capacité à élaborer des documents de standardisation clairs, précis, complets, qui seront des outils très utiles pour les interventions infirmières sur le terrain. Mais pour que les informations retrouvées dans ces documents soient vraiment pertinentes et appropriées, Julie a besoin de l'expertise clinique des infirmières sur le terrain. Pour assumer correctement ses responsabilités, une stratégie qu'elle privilégie est de mobiliser son ouverture d'esprit et sa capacité à créer et à maintenir un climat de confiance afin d'assurer une collaboration fructueuse entre toutes les personnes concernées.

Nous avons donné l'exemple de Julie, mais l'analyse des récits de vie montrent que dans chacun de ceux-ci nous retrouvons ces liens étroits entre les traits de caractère, les habiletés, les forces, les limites et les stratégies que les participantes déploient pour exercer le leadership clinique infirmier. Ainsi, après avoir examiné attentivement cet aspect, nous avançons que chaque infirmière leader clinique développe une cohérence individuelle et que celle-ci influence sa conception même du leadership clinique infirmier et les manières de s'y prendre pour l'exercer. Par exemple, pour Charlotte dont la parole occupe une place importante dans la cohérence individuelle et dont l'une des forces en tant que leader clinique est de bien s'en servir, l'exercice du leadership clinique infirmier implique la mobilisation d'habiletés pour dire les choses correctement, par exemple lors d'une rétroaction à une collègue, ou lors d'une réunion d'équipe pour stimuler la réflexion sur différents enjeux, ou encore lors de réunions avec des décideurs pour leur faire part de la réalité des infirmières de première ligne. Charlotte valorise la parole dans son exercice du leadership, autant la sienne que celle des autres. Ainsi, elle encourage ses collègues, ou les personnes qui reçoivent les soins ou les services infirmiers ou encore les décideurs, à prendre la parole, à exprimer ce qu'ils pensent et à l'exprimer clairement.

Rappelons que nous avons identifié cinq composantes que les participantes partagent et qui sont impliquées dans les processus de création de soi personnel et professionnel lorsqu'il est question du développement de l'infirmière leader clinique.

Nous venons de traiter de la première composante, soit la confiance en soi et en la profession infirmière. Et maintenant, nous allons approfondir le développement de la crédibilité professionnelle.

2.2 La crédibilité professionnelle

Les participantes sont perçues comme des personnes de confiance dans leur milieu de travail et cela a une grande importance. C'est pourquoi nous avons identifié la crédibilité professionnelle comme une des composantes impliquées dans les processus de création de soi personnel et professionnel lorsqu'il est question du développement de l'infirmière leader clinique.

Les participantes ont construit leur crédibilité professionnelle et continuent de le faire grâce à un cumul d'apprentissages effectués tout au long de la vie et dans tous les aspects de la vie. Nous allons préciser les principaux apprentissages en lien avec cinq catégories : le cheminement d'études des participantes, les expériences en milieu de travail, les expériences de vie, le soutien de mentors ou d'autres personnes significatives et, finalement, les activités de formation continue ou de développement professionnel.

2.2.1 Le cheminement d'études

Les participantes se sont retrouvées dans des contextes d'apprentissage formels pour l'obtention de leurs diplômes. Elles sont toutes détentrices d'un baccalauréat en sciences infirmières, en plus de deux qui ont une maîtrise et d'une qui était inscrite à la maîtrise au moment où les entretiens ont eu lieu. Dans le tableau 3, nous rapportons le résumé du cheminement d'études parcouru par les participantes.

Tableau 3
Cheminement d'études des participantes pour l'obtention
de leurs diplômes en soins infirmiers ou en sciences infirmières

Participantes	Formation initiale		Baccalauréat en sciences infirmières après DEC			Maîtrise
	Diplôme d'études collégiales en soins infirmiers (DEC)	Baccalauréat en sciences infirmières (Bac)	Cumul de trois certificats dans le domaine des sciences infirmières	Formation infirmière intégrée (DEC-Bac)	Autre (bac pour détentrices d'un DEC)	
Julie	x				x	x
Sylvie	x		x			
Maude	x			x		
Claudine		x				En cours
Brigitte	x		x			x
Lise	x		x			
Charlotte	x				x	
Geneviève	x			x		
Maryse	x		x			
Madeleine	x		x			

L'obtention du baccalauréat est un accomplissement avoué pour certaines participantes et moins pour d'autres. Charlotte, qui exerce un leadership clinique non formel, se montre particulièrement enthousiaste lorsqu'elle décrit son expérience en lien avec l'obtention de son baccalauréat :

Quand je repense à tout le processus menant à l'obtention de mon baccalauréat en sciences infirmières, je peux dire que cela a été une période marquante de ma vie, un moment charnière. Le bac m'a permis de faire beaucoup de réflexions, mais, surtout, beaucoup de prises de position. J'ai été capable de me positionner en tant que professionnelle par rapport aux autres professionnels. J'ai compris que ma valeur comme infirmière était tout aussi importante que la valeur du physiothérapeute, de la nutritionniste, etc. J'avais le vent dans les voiles! C'est le bac qui m'a amené cela, pas la technique. Ma formation technique en soins infirmiers m'a appris à être une bonne infirmière : ma formation au baccalauréat m'a appris à le montrer, à montrer la plus-value des soins infirmiers.

L'obtention des diplômes s'effectue dans des contextes formels puisque ce sont les institutions d'enseignement qui sanctionnent les apprentissages pour devenir infirmière, au moyen d'un diplôme socialement reconnu. Mais les efforts fournis pour obtenir ces diplômes s'accompagnent d'autres apprentissages importants effectués dans différents contextes. Par exemple, plus de la moitié des participantes ont obtenu leur baccalauréat tout en prenant soin de leur famille et en travaillant à temps plein. Leur sens de l'organisation leur a permis de concilier la vie de famille avec le travail et les études, mais cela n'a pas toujours été facile. Maryse, qui exerce un leadership clinique infirmier formel, en témoigne :

C'est alors que je travaillais à l'hôpital que j'ai décidé de faire mon baccalauréat en sciences infirmières. Je l'ai fait par cumul de certificats. Je travaillais la nuit, j'avais des cours la fin de semaine, j'avais une famille. Il fallait concilier tout ça. J'ai fait les deux premiers certificats puis, n'eut été d'un supérieur à l'hôpital qui m'a fortement encouragée à faire mon troisième certificat, je n'aurais jamais eu mon baccalauréat. J'ai fait le troisième certificat en gérontologie, principalement parce que je pouvais le faire en ligne. J'ai trouvé ça tellement pratique.

L'obtention du diplôme d'infirmière est une condition *sine qua non* pour la construction de la crédibilité professionnelle. Mais selon les participantes, les apprentissages effectués en milieu de travail contribuent pour une très large part au développement de leur crédibilité professionnelle.

2.2.2 *Les expériences en milieu de travail*

Toutes les participantes à notre étude ont une expertise clinique qu'elles ont développée au fil du temps et elles sont des personnes-ressources dans leur milieu. Mais elles n'ont pas toujours eu cette expertise clinique et ont exercé quand même, selon ce qui se dégage de leurs propos, un leadership clinique infirmier. Il semble que l'expertise clinique ne soit pas une condition indispensable pour l'exercice du leadership clinique infirmier. L'analyse des récits individuels montre que la capacité à reconnaître des

lacunes dans les soins ou les services infirmiers dispensés, de même que la volonté et la capacité de les corriger sont davantage nécessaires pour exercer un leadership clinique infirmier que le fait d'être une experte dans un secteur d'activité clinique donné. À titre d'exemple, nous rapportons les propos de Julie, qui a apporté un correctif à une situation qu'elle trouvait préoccupante alors qu'elle était infirmière soignante et n'exerçait pas de leadership clinique formel :

C'est là où j'ai exercé pour la première fois un leadership clinique infirmier alors que j'étais infirmière soignante. Il y avait une situation que je trouvais fort insatisfaisante et à laquelle il fallait apporter un correctif. En chirurgie plastique sur cette unité, des sangsues étaient utilisées comme traitement pour favoriser la revascularisation des lambeaux. Il n'y avait pas de protocole clair et rigoureux quant à l'utilisation de ces sangsues. Comme infirmière soignante, je me suis impliquée activement, j'ai mobilisé les gens pour qu'il y ait un protocole. Le projet d'élaboration du protocole s'est très bien déroulé et un protocole rigoureux a été produit.

L'apprentissage de l'élaboration d'un protocole pour l'utilisation des sangsues en chirurgie plastique est particulièrement significatif pour Julie puisque, comme nous l'avons vu précédemment, son travail actuel consiste à élaborer des règles de soins ou des protocoles pour assurer la standardisation de plusieurs interventions que font les infirmières en soins communautaires, dans son secteur d'activité clinique.

L'analyse transversale des récits de vie met en relief que les participantes, dont la crédibilité professionnelle est reconnue dans leur milieu, accordent une grande importance à la capacité des infirmières à évaluer correctement les situations cliniques rencontrées. Elles considèrent que la qualité de l'évaluation constitue une condition indispensable pour mettre en œuvre des interventions infirmières de qualité, c'est-à-dire des interventions qui conviennent vraiment aux personnes qui reçoivent les soins ou les services infirmiers. Les participantes identifient les apprentissages effectués par l'expérience pratique en milieu de travail comme étant ceux qui contribuent le mieux au développement de la capacité à évaluer, cette capacité étant pour elles associée à la

crédibilité professionnelle. Madeleine décrit comment elle a appris à bien évaluer les situations cliniques :

Je crois que mon expérience comme infirmière à Info-Santé m'a aidée à développer mes habiletés à évaluer rapidement et correctement une situation clinique. À cet endroit, j'ai appris à faire une évaluation aussi complète que possible en 15 minutes [...] Cela demandait un jugement clinique sûr : cette expérience de travail m'a réellement permis de le développer [...] Mon expérience à l'hôpital comme assistante infirmière chef a aussi beaucoup contribué au développement de mes habiletés à évaluer les situations cliniques et à identifier correctement ce qu'il convient de faire.

Madeleine, qui exerce présentement un leadership clinique infirmier non formel en soins communautaires en périnatalité et petite enfance et qui a travaillé 10 ans comme assistante-infirmière chef dans un centre hospitalier, soulève un point important : ce n'est pas tout d'être capable de bien évaluer les situations cliniques, encore faut-il être capable d'agir correctement par la suite.

La capacité à mettre en œuvre des interventions infirmières pertinentes basées sur un jugement clinique sûr a contribué et contribue encore au développement et au maintien de la crédibilité professionnelle des participantes. De plus, le fait d'avoir développé une aisance à discuter des situations cliniques avec les collègues des autres disciplines ou avec d'autres personnes dont elles valorisent l'opinion, apporte une satisfaction et est associé à un sentiment de crédibilité professionnelle chez plusieurs participantes. Elles rapportent que cela a contribué à l'augmentation de leur confiance en soi. Lise, qui est infirmière en santé scolaire mais qui a longtemps travaillé aux soins intensifs d'un centre hospitalier universitaire, décrit le contexte d'apprentissage qui lui a permis de développer son raisonnement clinique et son aisance à discuter avec des collègues d'autres professions :

Si je reviens aux soins intensifs, je dirais que le fait d'y avoir travaillé plusieurs années m'a aidée à développer mon raisonnement clinique, mon jugement et ma capacité à prendre des décisions [...] Il n'était pas rare, à

cette unité de soins, que le médecin-patron, accompagné d'étudiantes et d'étudiants en médecine ou de résidentes et résidents, me demande mon avis sur la situation clinique d'une personne soignée. Je devais vraiment comprendre la situation clinique pour être capable de donner mon avis de façon rigoureuse. D'être capable de le faire m'a donné confiance en moi.

Le développement de la crédibilité professionnelle semble passer par la reconnaissance de la compétence d'une infirmière soignante dans son milieu de travail. De plus, la reconnaissance par le milieu des capacités d'une infirmière soignante pour l'exercice du leadership, constitue un facteur qui favorise le développement de l'infirmière leader clinique et celui du leadership clinique infirmier. La participation des infirmières soignantes à une activité d'amélioration de la qualité des soins, comme cela a été le cas pour Julie, constitue une manière d'être reconnues dans leur milieu. Relevant une différence qu'elle a observée entre les milieux linguistiques par rapport à la reconnaissance par l'organisation et au développement professionnel, Julie dit :

Une des choses que j'ai remarquées, c'est que l'offre de développement professionnel et de formation continue pour les infirmières en milieu anglophone est plus grande que celle en milieu francophone. Ainsi, quand je travaillais en milieu anglophone, j'étais encouragée à faire des activités de développement professionnel. Par exemple, je suis allée trois fois faire des présentations dans d'autres provinces et même à l'extérieur du pays. Bien sûr, il y a des offres de formation continue en milieu francophone. Mais je n'ai pas retrouvé, dans ce milieu, le même état d'esprit à l'égard du développement professionnel des infirmières que j'ai rencontré en milieu anglophone.

Les propos de Lise, qui exerce un leadership clinique infirmier non formel en santé scolaire et qui a longtemps travaillé dans un hôpital universitaire, vont aussi en ce sens : « À l'hôpital universitaire anglophone où j'ai travaillé, on approchait les infirmières qui démontraient un intérêt ou une compétence dans un domaine en particulier pour qu'elles participent à des formations ou à des colloques ».

Nous constatons que les apprentissages reliés au développement de la crédibilité professionnelle se font souvent en contexte de pratique clinique. Mais des participantes rapportent que des expériences de vie ont contribué grandement au développement et au maintien de leur crédibilité professionnelle.

2.2.3 *Les expériences de vie*

Certaines participantes décrivent comment elles se servent de leurs expériences de vie dans leur exercice du leadership clinique infirmier. Par exemple, Julie utilise son expérience d'avoir vécu deux accouchements lorsqu'elle doit élaborer des documents en lien avec les soins en périnatalité et petite enfance, secteur d'activité clinique où elle n'a jamais travaillé. Sylvie souligne aussi l'importance d'utiliser ses expériences de vie dans sa pratique infirmière, et particulièrement dans le soutien concret qu'elle apporte aux infirmières de son équipe en tant que personne qui exerce un leadership clinique infirmier formel en santé scolaire. Elle raconte :

J'utilise non seulement les connaissances que j'ai acquises tout au long de ma carrière, mais aussi mes expériences de vie, mon vécu. J'utilise mon vécu de femme, de mère, de mère d'adolescents, de mère de jeunes adultes [...] Par exemple, lorsqu'une nouvelle infirmière me téléphone parce qu'elle n'est pas certaine de l'approche à adopter avec un jeune qui doit prendre une décision, je lui conseille d'explorer avec le jeune les conséquences de sa décision selon qu'il choisit l'une ou l'autre des options qui se présentent. En tant que personne qui a été mère d'adolescents, j'ai souvent utilisé cette approche. J'y crois beaucoup. Elle m'a permis d'aider mes enfants à apprendre à mesurer les conséquences de leurs décisions, de même qu'à les assumer. Ça peut paraître simple, mais cette expérience de vie me sert beaucoup dans mon travail.

Les apprentissages issus des expériences de vie peuvent contribuer de façon importante à l'augmentation de la crédibilité professionnelle. Nous avons donné l'exemple de Julie et de Sylvie, mais nous avons relevé que toutes les participantes à notre

recherche utilisent d'une manière ou d'une autre les apprentissages significatifs issus de leurs expériences de vie pour solidifier leur crédibilité professionnelle.

Par ailleurs, lorsqu'elles pensent à leur développement dans une perspective tout au long de la vie et dans tous les aspects de la vie, toutes les participantes rapportent avoir eu des mentors, ou avoir côtoyé des personnes significatives ou inspirantes.

2.2.4 Les mentors ou autres personnes significatives

Maude, qui exerce un leadership clinique infirmier formel, est devenue coordonnatrice des activités d'une quinzaine d'infirmières au maintien à domicile alors qu'elle n'avait pas tout à fait deux ans d'expérience dans le secteur du maintien à domicile et très peu d'expérience comme infirmière. Elle décrit les apprentissages reliés à son expérience d'avoir eu une personne agissant à titre de mentor pour elle :

Quand j'ai commencé à ce poste [...] la responsable du programme a été une mentore pour moi. Nous nous rencontrions régulièrement, elle répondait à mes questions, elle me demandait mon opinion, elle me faisait confiance en m'accordant une marge de manœuvre. Nous avions des discussions très enrichissantes. Elle avait une rigueur hors du commun tandis que moi, j'étais plus intuitive. Elle m'a appris à construire un argumentaire solide pour chaque demande faite à mes supérieurs. Je peux dire que j'ai beaucoup développé mon sens de la rigueur en la côtoyant.

En examinant les données de notre étude, nous remarquons que lorsqu'elles parlent des personnes qu'elles ont trouvées inspirantes ou qui les ont aidées à développer leurs capacités à exercer un leadership clinique infirmier, les participantes ont tendance à leur attribuer des caractéristiques qu'elles identifient aussi chez elles-mêmes. Ainsi, une participante qui se dit positive, passionnée des soins infirmiers et qui veut faire avancer les choses, aura tendance à attribuer ces caractéristiques à la personne qu'elle décrit comme ayant été particulièrement inspirante dans sa vie. Cela est compréhensible puisque

la participante s'est en quelque sorte inspirée des caractéristiques de la personne significative, pour les développer en elle.

Au-delà des personnes inspirantes qu'elles ont rencontrées dans le cadre de leur travail et qui ont contribué d'une façon ou d'une autre à leur développement, les participantes identifient des personnes, côtoyées lors de leur cheminement d'études ou encore dans leur vie personnelle, qui ont exercé une influence dans leur vie. Ainsi, Geneviève, qui a fait une prise de conscience décisive à l'âge de 14 ans, rapporte l'influence qu'une tante a exercé sur elle pour cette prise de conscience :

Une de mes tantes, infirmière, m'a beaucoup inspirée. Elle était toujours souriante et de bonne humeur. On aurait dit qu'elle ne s'en faisait pas avec les aléas de la vie. Je me suis dit : Pourquoi est-ce que je ne ferais pas cela? [...] Alors c'est là, en secondaire IV, que j'ai décidé de me forcer à avoir une attitude joviale. Je suis devenue plus souriante, ça a amené les gens autour de moi à être plus souriants. Ma vie en général est devenue beaucoup plus agréable. Je rayonnais. Les gens me percevaient plus positivement. Ça me faisait du bien de sentir que les gens me percevaient positivement. [...] J'ai conclu qu'il s'agissait d'une stratégie gagnante. J'étais désormais souriante, à l'école et ailleurs. J'étais la même personne partout. J'étais quelqu'un. Jusqu'au cégep et même à l'université dans les cours, je peux dire que j'étais une leader.

Aujourd'hui Geneviève, qui exerce un leadership clinique non formel au soutien à domicile et qui est la personne-ressource pour les soins aux personnes ayant une maladie chronique donnée, accorde une grande importance au climat de travail, qui, selon elle, assure une meilleure qualité de soins lorsqu'il est empreint de gentillesse et de bonne humeur. Elle réinvestit l'apprentissage important qu'elle a fait à l'âge de 14 ans en s'efforçant de contribuer à la création d'un climat de travail agréable, et ce, par la communication de son attitude positive, de son humeur joyeuse.

Lorsque l'on porte un regard sur le développement des participantes dans une perspective biographique tout au long de la vie et dans tous les aspects de la vie, nous

remarquons qu'elles sont toutes très attentives au développement de leurs compétences professionnelles. Les participantes ont développé et continuent de développer leur crédibilité professionnelle en participant à des activités de formation continue.

2.2.5 Les activités de formation continue ou de développement professionnel

Toutes les participantes révèlent qu'elles aiment apprendre, qu'elles ont participé et participent encore à des activités de formation continue. Elles ajoutent qu'elles aimeraient qu'il y ait en ait davantage.

Il semble qu'il n'y ait aucune offre ouverte à toutes et à tous pour des activités de formation continue portant sur le leadership clinique infirmier. Mais une participante, Maude, a été invitée à prendre part à un programme portant sur la gestion et le leadership, destiné aux cadres de la relève dans le CISSS où elle travaille. Le programme était réparti sur deux ans et demi, à raison de deux jours par mois. Elle a suivi ce programme au complet et en parle ainsi :

J'ai trouvé la formation très intéressante. Grâce à des exercices variés, comme des lectures, l'utilisation d'outils et la réflexion, j'ai pu mieux comprendre les concepts reliés à la gestion et au leadership. Cela m'a aidée à construire ce que j'appelle des « balises théoriques ». Les personnes qui étaient responsables de la formation avaient surtout été de hauts dirigeants. Très peu avaient été des cadres intermédiaires. Ils étaient tous de belles personnes. Mais j'aurais aimé qu'elles nous parlent et nous aident à faire de la gestion ou exercer notre leadership dans notre contexte [...] Quand j'y pense, je me dis qu'avoir été coordonnatrice des activités des infirmières au soutien à domicile a été mon école pour apprendre à exercer un leadership.

Les autres participantes rejoignent l'expérience de Maude en ce qu'elles admettent avoir appris à exercer le leadership clinique infirmier en l'exerçant. Elles voient peu de liens entre leur cheminement d'études en soins infirmiers ou en sciences infirmières et leur exercice du leadership clinique infirmier. Toutefois, Claudine établit un lien entre les

apprentissages encouragés dans son programme de baccalauréat pour structurer la pensée et l'exprimer clairement, et son exercice du leadership clinique infirmier.

Mais, toutes les participantes valorisent la collaboration, autant celle avec les personnes qui reçoivent les soins ou les services infirmiers que celle avec tout autre personne avec qui elles sont en interaction. L'analyse transversale des récits de vie indique que les participantes montrent non seulement la capacité à collaborer avec les autres, mais aussi la capacité à créer la collaboration entre les personnes et à faire des alliances judicieuses avec elles.

2.3 La capacité à créer la collaboration et les alliances

Toutes les participantes soulignent l'importance de la collaboration et des alliés pour exercer un leadership clinique infirmier. Elles encouragent le développement d'un climat de collaboration. Aussi, elles utilisent le terme « alliés », terme qui occupe d'ailleurs une place notable dans leur discours. Elles parlent de l'importance de la collaboration, de l'importance de l'encourager dans le milieu de travail, mais elles réservent une place spécifique à l'importance des alliés, comme si les alliés, en plus des autres personnes impliquées dans la collaboration, étaient indispensables pour l'exercice du leadership clinique infirmier. Pour les participantes, le développement de la collaboration est d'une grande importance, mais la notion d'alliés vient en quelque sorte ajouter l'idée d'un accord conclu entre des personnes qui collaborent. Ainsi, toutes les personnes impliquées dans la dispensation de soins ou de services infirmiers collaborent, mais ne concluent pas nécessairement des accords entre elles. Les alliés concluent des accords. Devant l'importance de cette notion d'alliance chez les participantes, nous avons identifié la capacité à créer la collaboration et les alliances comme étant une troisième composante impliquée dans les processus de création de soi personnel et professionnel en tant qu'infirmière leader clinique.

Dans le contexte de notre étude, les participantes ont parlé du rôle des alliés dans différentes situations. Par exemple, les alliés peuvent permettre de faire avancer un dossier qu'elles ont à cœur ou ils peuvent aider à préparer une prise de parole devant un groupe lorsqu'il s'agit de présenter une nouvelle idée. Sylvie, qui exerce un leadership clinique infirmier formel en santé scolaire, explique comment elle a appris l'importance des alliances pour que les choses changent. Cela s'est produit alors qu'elle était infirmière en santé scolaire :

Lorsque je suis arrivée dans une des écoles dont je m'occupais, on servait de la poutine cinq jours sur cinq. Je voulais que ça change et, pour ce faire, j'ai dû créer des alliances, entre autres avec la direction de l'école. Les directeurs se succédaient, et peu étaient intéressés par ce problème. Rien ne changeait. Je me disais : « Je vais ramener ce problème à l'agenda l'an prochain! » [...] C'est lorsque j'ai rencontré un directeur qui s'est préoccupé de la qualité de l'alimentation à l'école que les choses ont pu changer [...] J'ai constaté l'importance de la création d'alliances pour que les choses changent, pour que les choses avancent.

Quant à Charlotte, qui exerce un leadership clinique infirmier non formel, elle a appris durement l'importance des alliés. Entre autres, elle a vu une idée à laquelle elle tenait beaucoup être rejetée par le groupe. Elle rapporte qu'elle n'avait alors pas suffisamment vérifié si elle pouvait compter sur le soutien d'alliés avant de prendre la parole en groupe et de proposer son idée. Elle témoigne de son approche actuelle, plus stratégique, qui résulte des apprentissages faits à propos des alliés :

Je me vois comme quelqu'un qui est capable, dans une réunion, d'amorcer la réflexion de ses pairs, mais qui ne précipite pas les choses [...] Il faut être patient. Et il faut avoir des alliés. On ne peut pas faire grand-chose sans alliés. Quand mon alliée principale n'est pas là, je cherche d'autres alliés. J'ai pris l'habitude de consulter les infirmières ayant beaucoup d'expérience, les séniors, afin d'avoir leur avis sur quelque chose d'important que je veux proposer à l'équipe. Je me dis que si ces infirmières ne sont pas de mon côté, il y a très peu de chances que mon idée passe, aussi bonne soit-elle.

Cette idée qu'il faut être patiente, que le temps doive faire son œuvre, occupe une place importante dans les propos des participantes et chacune en parle à sa façon. Par exemple, Charlotte y réfère lorsqu'elle aborde son apprentissage de l'importance de la cohésion d'équipe pour que le travail en collaboration soit agréable et efficace :

C'est peut-être parce qu'à quelques reprises j'ai eu à travailler dans un contexte où l'on fusionnait des établissements de santé que j'accorde beaucoup d'importance à la cohésion des équipes de travail. Je sais qu'il faut du temps, parfois jusqu'à cinq ans, avant de devenir « une équipe ».

Pour certaines participantes, l'apprentissage de la capacité à créer la collaboration et les alliances a commencé très tôt. Claudine en témoigne :

Puisque mes parents vivaient des choses difficiles quand j'étais jeune, j'ai dû apprendre très tôt à être autonome et à m'organiser [...] J'ai appris très tôt à aller chercher dans mon entourage ce qu'il me fallait, ce dont j'avais besoin. J'ai compris l'importance des alliés. Il n'est donc pas surprenant qu'aujourd'hui je n'aie pas de difficulté à identifier mes alliés dans un groupe.

Geneviève quant à elle attribue le développement de sa capacité à créer la collaboration et les alliances au fait d'avoir grandi entre une sœur cadette et une sœur aînée :

Entre ma sœur plus jeune et ma sœur plus âgée, il n'y a pas beaucoup de différence. Étant au milieu, j'ai été en quelque sorte la médiatrice dans cette belle équipe! Je ne sais pas vraiment ce que c'est d'être toute seule et je comprends l'importance de mettre nos forces en commun.

Jusqu'ici nous avons présenté ce qui ressort de notre analyse transversale des récits de vie pour ce qui concerne les trois premières des cinq composantes impliquées dans les processus de création de soi personnel et professionnel de l'infirmière leader clinique, à savoir la confiance en soi et en la profession infirmière, la crédibilité professionnelle et la capacité à créer la collaboration et les alliances. Nous traitons

maintenant de la quatrième composante impliquée dans les processus de création de soi personnel et professionnel de l'infirmière leader clinique, à savoir la capacité à communiquer.

2.4 La capacité à communiquer

Lorsque les participantes décrivent en quoi consiste leur exercice du leadership clinique infirmier au quotidien, elles mentionnent un nombre important d'activités ayant recours à la parole, à la communication verbale. C'est pourquoi nous avons identifié la capacité à communiquer comme étant une composante impliquée dans les processus de création de soi personnel et professionnel, en tant qu'infirmière leader clinique dont la qualité de l'exercice du leadership est reconnue par les pairs.

La capacité à communiquer permet aux participantes de transmettre correctement le fruit d'un raisonnement clinique juste, une conception claire de la démarche qu'il faut faire pour dispenser soi-même des soins ou des services infirmiers de qualité ou pour coordonner la dispensation des soins ou des services par d'autres. La capacité à communiquer permet aussi de partager des informations concernant les soins ou les services avec toutes les personnes concernées, et assurer ainsi la continuité des soins. Cela revêt une grande importance pour les participantes puisqu'elles travaillent toutes en contexte de collaboration. L'analyse des récits permet de dégager que les apprentissages des participantes, en lien avec le développement de la capacité à communiquer, ont été faits tout au long de la vie et dans tous les aspects de la vie. À titre d'exemple, les propos de Claudine, qui exerce un leadership clinique infirmier non formel et qui a suivi le programme de formation infirmière initiale au baccalauréat, montrent divers moments du développement de sa capacité à communiquer :

Dans mon programme de formation infirmière initiale, j'ai appris à avoir une pensée solide. En fait, il serait plus juste de dire que j'ai appris à structurer ma pensée dès mon plus jeune âge et que j'ai appris à la rendre plus solide à l'université. Je dis cela étant donné que dans mon enfance,

j'ai souvent entendu mes parents et mon grand-père me dire : « Dis-nous clairement ce que tu veux dire ». J'ai appris tôt à organiser ma pensée et à l'exprimer clairement [...] À l'université nous faisons des débats. Cela m'a permis de développer mes aptitudes à argumenter et à défendre mon point de vue. Je trouve qu'il s'agit d'un apprentissage important dont je me sers encore dans mon exercice du leadership clinique infirmier.

Pour Charlotte, qui exerce un leadership clinique infirmier non formel en milieu scolaire, un important apprentissage lié à sa capacité à communiquer a été réalisé alors qu'elle occupait un poste d'infirmière en soins à domicile dans un pays d'Europe, un poste qui est habituellement réservé aux personnes natives du pays. Elle décrit cet apprentissage :

Ça n'a pas été facile de faire ma place [...] J'ai beaucoup observé et écouté [...] Dans ce service nous devons présenter nos patients lors de rencontres interdisciplinaires appelées colloques. Il fallait démontrer une connaissance parfaite des dossiers présentés, à défaut de quoi quelqu'un se chargeait de le souligner, et d'une manière pas très diplomate! J'ai donc dû apprendre à présenter des patients. C'est quelque chose que je n'avais pas appris, ni au DEC ni au bac, et c'était une habileté indispensable dans mon nouveau travail en soins à domicile. Cela m'a pris du temps avant d'être capable de le faire correctement [...] Il s'agit d'un apprentissage vraiment important dans ma vie. Je considère que le fait d'être capable de présenter adéquatement des patients aux collègues d'une équipe interdisciplinaire, en n'oubliant aucune information pertinente, est une démonstration de l'exercice du leadership clinique infirmier.

Plusieurs des apprentissages que les participantes disent avoir faits à une période ou une autre de leur vie, sont réinvestis dans leur travail actuel dans lequel elles exercent un leadership clinique infirmier. Par exemple, Charlotte réinvestit l'apprentissage de son habileté à présenter clairement des situations cliniques, dans son rôle actuel de représentante des infirmières de première ligne au sein du Comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers (CECII) du CISSS auquel appartient le CLSC où elle travaille :

Le CECII est une instance où les infirmières sont entendues par les décideurs et discutent de la qualité des soins. Les discussions sont très

centrées sur le monde hospitalier [...] Je me fais un devoir de communiquer aux décideurs ce que l'on fait sur le terrain en soins de première ligne, pourquoi on le fait et comment. L'expérience acquise avec la présentation des patients lors des rencontres interdisciplinaires en Europe m'est utile. Je sais comment organiser des arguments pour défendre l'importance des soins de première ligne [...] Dans ce rôle au CECII, il y a un volet politique qui me plaît beaucoup.

Outre Charlotte, deux autres participantes avouent apprécier le côté politique associé à leur rôle d'infirmière leader clinique. Les autres participantes ne l'expriment pas en de tels mots. Toutefois, elles disent toutes qu'elles aiment beaucoup leur travail. Rappelons que les participantes sont des personnes qui inspirent confiance par la démonstration de leur crédibilité professionnelle, et que les activités qu'elles identifient comme étant effectuées régulièrement impliquent, entre autres, l'exercice d'une influence et la création d'alliances. Nous avançons que les participantes démontrent peut-être davantage de sens politique qu'elles ne le reconnaissent elles-mêmes.

Comme Charlotte, qui a réussi à surmonter ses difficultés pour pouvoir répondre aux attentes liées à son rôle d'infirmière dans l'équipe interdisciplinaire en soins à domicile, les autres participantes ont fait de même. Dans la dernière sous-section consacrée au développement de l'infirmière leader clinique, nous traitons de la capacité des participantes à surmonter les difficultés.

2.5 La capacité à surmonter les difficultés

Il se dégage de l'analyse transversale des récits de vie que les participantes sont des personnes qui arrivent à surmonter les difficultés qu'elles rencontrent, et ce, quelle que soit la nature de ces difficultés. Elles ont développé une capacité à surmonter les difficultés, cette capacité se traduisant souvent par une ouverture d'esprit, une grande souplesse et de la créativité dans les processus d'adaptation qu'elles mettent en œuvre pour surmonter ces difficultés. C'est pourquoi nous avons identifié la capacité à surmonter les difficultés comme étant la cinquième et dernière composante impliquée

dans les processus de création de soi personnel et professionnel en tant qu'infirmière leader clinique.

Les participantes rapportent que l'ouverture d'esprit, la souplesse ou la flexibilité dont elles font preuve sont des caractéristiques fort précieuses pour l'exercice du leadership clinique infirmier. Sylvie donne un exemple d'un apprentissage qu'elle a fait, en lien avec la flexibilité :

J'ai remarqué que les gens ont tendance à collaborer plus lorsqu'on ne leur impose pas les choses et lorsqu'on fait preuve de flexibilité [...] Je crois beaucoup à l'approche « donnant-donnant ». J'ai tendance à accepter la demande d'une infirmière, par exemple pour un jour de congé, car je sais que ce sera peut-être elle qui me dépannera plus tard. Et c'est très souvent ce qui arrive.

L'ouverture d'esprit, la flexibilité et la créativité que manifestent les participantes dans leurs processus d'adaptation aux différentes situations qu'elles rencontrent ou ont rencontrées, résultent d'apprentissages variés. Par exemple, le fait qu'elles ont toutes vécu et qu'elles vivent encore des restructurations organisationnelles majeures dans leur milieu de travail, peut avoir participé au développement de stratégies adaptatives sollicitant la souplesse ou la créativité pour rester sereines dans le climat de restructuration quasi continu dans le système de santé, et ce, depuis plusieurs années. Par exemple, actuellement les participantes ont tendance à se recentrer sur la qualité des soins et des services infirmiers qu'elles veulent continuer de dispenser aux personnes, prenant ainsi une certaine distance avec les changements qui se produisent ailleurs dans l'organisation et qui peuvent être générateurs de stress.

Les participantes se recentrent sur l'objectif commun, sur la raison même de leur choix d'être infirmières, à savoir la dispensation des meilleurs soins possibles aux personnes, à leurs familles, à la communauté. Elles cherchent à continuer de dispenser des soins ou des services de qualité, même dans des contextes difficiles, tout en exprimant

à leur employeur les limites qu'il ne faudrait pas dépasser. Elles veulent surmonter les difficultés et, en ce sens, elles recherchent des terrains d'entente. Toutefois, comme mentionné précédemment, le tiers des participantes disent qu'elles peuvent aller à l'encontre des recommandations de leur employeur lorsque celles-ci contreviennent à l'autonomie des infirmières ou à la qualité des soins ou des services. Certaines participantes disent avoir tout simplement quitté leur poste dans le passé, lorsque l'employeur leur imposait des conditions de travail qu'elles trouvaient incompatibles avec l'autonomie professionnelle des infirmières ou avec la dispensation de soins ou de services infirmiers de qualité. L'analyse transversale des récits de vie montre que les participantes ont tendance à passer à l'action en apportant des changements significatifs dans leur vie, personnelle ou professionnelle, lorsque ce qu'elles vivent ne leur convient plus.

Ainsi, plusieurs participantes ont vécu des situations difficiles, à une période ou l'autre de leur vie, et ont eu à déployer des stratégies adaptatives interpellant la capacité à surmonter les difficultés. Pour Claudine, qui exerce un leadership clinique non formel en soins communautaires en périnatalité et petite enfance, l'apprentissage de stratégies pour surmonter les difficultés a commencé très tôt :

J'ai vécu des choses difficiles dans mon enfance; j'aurais pu me développer tout autrement. Mais je me souviens d'avoir pris la décision, très jeune, d'être positive, de dégager une atmosphère positive autour de moi, d'être une personne intéressante [...] J'ai parfois rencontré des obstacles que j'ai dû surmonter seule. J'ai appris à y faire face, à tomber, à me relever et à continuer. Encore aujourd'hui, je ne m'arrête pas devant l'adversité : ça me motive!

Claudine rapporte avoir fait, à un moment donné de son existence, une prise de conscience décisive. L'analyse transversale des récits de vie indique qu'il en est de même pour plusieurs participantes. Ainsi, pour Brigitte qui est infirmière en santé scolaire, c'est un épisode d'épuisement professionnel qui a déclenché une prise de conscience décisive pour la découverte et l'application de stratégies adaptatives pour surmonter ses difficultés,

qu'elle utilise encore aujourd'hui dans sa vie personnelle et dans son exercice du leadership clinique infirmier non formel. Elle raconte :

La gestion du stress représente un défi considérable. Je trouve que la vie nous amène à additionner de plus en plus de choses ou de rôles sans jamais en soustraire [...] J'ai additionné tout cela, sans rien soustraire, avec pour résultat un ticket menant tout droit vers l'épuisement professionnel [...] La vie m'a obligée à revoir mes priorités et à faire des choix qui répondent mieux à mes besoins, à ma quête de sens [...] J'ai appris à accorder davantage d'importance à cette cohérence entre mon développement personnel, moral, éthique et mon développement professionnel. Cette quête de sens si importante pour moi intervient dans ma façon d'être avec les gens avec qui je travaille. J'essaie de répondre à la quête de sens qu'ils pourraient avoir eux aussi.

Pour Lise, c'est une prise de conscience décisive effectuée lors d'un voyage en Inde qui lui sert encore aujourd'hui de leitmotiv, autant dans son exercice du leadership clinique infirmier en santé scolaire que dans sa vie personnelle. Elle décrit cette prise de conscience décisive :

Je dirais que depuis mon séjour en Inde, il y a près de 25 ans, j'ai adopté une façon différente de voir la vie. Je me dis qu'il n'y a rien d'impossible, qu'il n'y a que « des possibles » [...] J'ai souvent recours à cette façon de voir la vie dans mon travail actuel. Par exemple, quand je veux mettre sur pied un projet de promotion de la santé à l'école, au départ je me dis qu'il n'y a rien d'impossible, qu'il n'y a que « des possibles ». Le projet ne se réalisera peut-être pas sous la forme que j'envisage au départ, mais il pourrait fort bien se réaliser quand même, de façon différente. Et ce n'est pas plus mal. Quand on croit en quelque chose, il faut parfois prendre des détours pour que ça se réalise.

Différents contextes d'apprentissage ont été propices au développement, chez les participantes, des aptitudes nécessaires pour surmonter les difficultés qu'elles ont rencontrées tout au long de leur vie. Par exemple, le travail à l'étranger et les voyages ont constitué de tels contextes d'apprentissage pour certaines participantes. La moitié des participantes ont travaillé à l'étranger, dont quatre à titre d'infirmière. Lise, qui a travaillé

comme infirmière à l'étranger et qui a fait plusieurs voyages de type aventure, soutient que ses voyages lui ont beaucoup appris à développer des caractéristiques nécessaires à l'exercice du leadership dont l'autonomie, la débrouillardise de même que la capacité à comprendre les situations et à modifier ses plans rapidement lorsque les circonstances le requièrent. Elle s'exprime ainsi :

Quand je pense à l'autonomie et à la débrouillardise nécessaires à l'exercice du leadership, je me dis que mes voyages, souvent de type aventure, m'ont permis d'accroître mon autonomie, de me débrouiller en toutes circonstances, de comprendre rapidement les situations rencontrées et de modifier mes plans en conséquence lorsque les circonstances l'obligent. J'appelle ça « être capable de se revirer de bord rapidement »!

Il se dégage que les apprentissages particulièrement significatifs liés au développement de la capacité à surmonter les difficultés, que les participantes ont manifestés dans leurs processus d'adaptation à différentes situations, ont été faits lors d'épisodes particulièrement difficiles ou marquants de leur vie. Ces apprentissages se sont accompagnés d'une prise de conscience décisive, marquant une transition entre l'avant et l'après cette prise de conscience. Par exemple, pour Claudine qui a connu l'adversité dans l'enfance et qui se dit maintenant motivée par celle-ci, la prise de conscience décisive a été : « Être positive désormais, être une personne intéressante » tandis que pour Geneviève, cela a été : « Être joviale désormais ». Pour Brigitte, la prise de conscience décisive a été : « Accorder davantage d'importance à la cohérence entre mon développement personnel, moral, éthique et mon développement professionnel » alors que pour Lise cela a été : « Il n'y a rien d'impossible, il n'y a que des possibles ».

Ces divers exemples traduisent en quelque sorte la singularité de chaque participante, les particularités que la personne a développées grâce à des apprentissages variés et au sens qu'elle leur a donnés dans un parcours de vie unique. Après l'analyse des récits de vie au cas par cas et après l'analyse transversale des récits de vie, nous avons appelé « cohérence individuelle » cette « singularité » qui semble obéir à une sorte de

logique individuelle chez chacune des participantes. Ainsi, l'étude du développement de l'infirmière leader clinique tout au long de la vie et dans tous les aspects de la vie, s'accompagne de l'étude du développement de la cohérence individuelle de cette infirmière leader clinique. L'analyse des récits de vie met en relief que cette cohérence individuelle de l'infirmière leader clinique influence sa conception même du leadership ainsi que les manières de s'y prendre pour l'exercer.

Nous venons de présenter ce qui ressort de l'analyse des récits de vie en ce qui a trait au développement de l'infirmière leader clinique, celui-ci étant considéré comme un processus de création de soi personnel et professionnel en une cohérence individuelle. Dans la prochaine section nous présentons ce que l'analyse des récits de vie a permis de mettre en relief pour ce qui est du développement du leadership clinique infirmier.

3. LE DÉVELOPPEMENT DU LEADERSHIP CLINIQUE INFIRMIER : PROCESSUS DE CRÉATION DU NOUS POUR UNE COHÉRENCE COLLECTIVE

Examinons maintenant les composantes de la logique d'action que les participantes mettent en place pour créer le « nous », nécessaire au déploiement du leadership clinique infirmier. Nous parlons du « nous » car, rappelons-le, le leadership clinique infirmier est considéré comme un phénomène social dans notre étude. Dans un premier temps, nous présentons la composante « établir la confiance ». Dans le deuxième, il est question de la composante « assurer la crédibilité ». Dans un troisième temps nous abordons la composante « collaborer et faire des alliances ». Finalement, dans le quatrième et dernier temps, nous traitons de la composante « utiliser la parole ».

Au fur et à mesure que nous présentons les composantes de la logique d'action que les participantes mettent en place pour créer le « nous », nous exposons ce que nous considérons correspondre au développement du leadership clinique infirmier. Nous avons vu précédemment que le développement de l'infirmière leader clinique, que nous avons

appelé processus de création de soi personnel et professionnel, s'accompagne du développement d'une cohérence individuelle. Nous avançons que chaque personne aurait une cohérence individuelle et que le développement du leadership clinique infirmier dans un milieu donné impliquerait l'harmonisation, par les infirmières leaders cliniques, des cohérences individuelles des personnes dans ce milieu. Une harmonisation réussie des cohérences individuelles permettrait la création d'une cohérence du « nous », c'est-à-dire une cohérence collective non opprimante, nécessaire pour une action concertée visant l'obtention de résultats de qualité pour les personnes soignées, pour le personnel de l'organisation et pour l'organisation elle-même.

3.1 Établir la confiance

L'analyse transversale des récits de vie montre que dans les processus de création du « nous », les participantes portent une attention particulière à l'établissement de la confiance. Par leurs attitudes et leurs comportements, elles encouragent l'établissement de la confiance : la confiance en soi, autant pour elles-mêmes que pour les infirmières de l'équipe que pour la profession infirmière, ou un climat de confiance mutuelle au travail, ou encore la confiance en l'avenir. L'établissement de la confiance apparaît comme une composante indispensable dans les processus de création du nous, nécessaires au déploiement du leadership clinique infirmier. Plusieurs participantes considèrent cette composante comme une étape essentielle vers la véritable collaboration et la création d'alliances nécessaires pour l'exercice du leadership clinique infirmier.

Les bouleversements et le climat d'incertitude qui prévalent actuellement dans les organisations de santé représentent un défi pour l'établissement de la confiance par les infirmières leaders cliniques. Sylvie, qui exerce un leadership clinique infirmier formel en santé scolaire, décrit comment elle essaie d'aider son équipe à rester confiante :

Pour l'instant, les choses se passent à un niveau très élevé dans la hiérarchie de l'organisation et nous ne savons pas trop quelles seront les

répercussions sur la dispensation des services comme tels. J'essaie d'être rassurante pour l'équipe [...] Les grands changements en sont encore à un niveau très élevé. Je recentre les préoccupations des membres de l'équipe sur l'importance de continuer à offrir les meilleurs services qui soient, aux jeunes que nous aimons tant. Nous nous recentrons là-dessus. Plus tard, si nous trouvons que les changements dans l'organisation affectent la qualité des services aux jeunes en milieu scolaire, nous nous mobiliserons pour faire connaître nos préoccupations.

Cet extrait montre que dans l'immédiat, Sylvie se fait rassurante. Et pour éviter le désengagement des infirmières de son équipe ou leur résignation, elle ouvre une porte sur la possibilité d'une mobilisation advenant le cas où les changements à venir auraient des conséquences défavorables sur la qualité des services infirmiers en milieu scolaire. De son côté, Lise, qui exerce un leadership clinique infirmier non formel en santé scolaire, parle de l'importance qu'elle accorde à la construction des relations de confiance avec les personnes avec qui elle est en interaction :

Je mets beaucoup d'énergie à construire des relations de confiance avec les personnes [...] Je n'hésite pas à prendre les devants pour créer ce climat de confiance nécessaire à la collaboration. Ainsi, quand je suis assignée à une nouvelle école, je fais les premiers pas pour me faire connaître. Je rejoins les enseignantes et enseignants lors des repas pour me présenter [...] Tout en me présentant, j'informe les gens au sujet de mon rôle dans l'école, de mes heures de présence, des façons de me rejoindre, etc.

Selon ce que les participantes rapportent, elles ne négligent aucun effort pour établir et maintenir la confiance dans le milieu où elles exercent un leadership clinique infirmier, et ce, quel que soit leur secteur d'activité clinique et que le leadership clinique qu'elles exercent soit formel ou non. Maude, qui exerce un leadership clinique infirmier formel en soins à domicile, expose son point de vue sur le maintien d'une relation de confiance : « En ce qui me concerne, peu importe le poste hiérarchique que j'occuperais dans une organisation, je trouve ça important d'aller sur le terrain, pour rencontrer les membres de l'équipe et comprendre leur réalité. Ça aide à maintenir une relation de confiance ».

Il ressort de notre étude que les participantes associent l'établissement de la confiance avec une certaine proximité avec les personnes avec lesquelles elles sont en interaction. Cette proximité pourrait être particulièrement importante dans l'établissement de la confiance car elle s'inscrit dans le processus de création du « nous ». De plus, rappelons que les participantes sont des infirmières exerçant un leadership clinique que nous avons appelé « de proximité » puisqu'il est exercé très près des soins directs, c'est-à-dire là où les soins ou les services infirmiers sont dispensés.

Une autre composante de la logique d'action que les participantes mettent en œuvre dans leurs processus de création du « nous » est d'assurer la crédibilité. Encore ici, il peut s'agir de leur propre crédibilité professionnelle, mais aussi de celle des collègues infirmières, celle du travail infirmier ou celle de la profession infirmière elle-même.

3.2 Assurer la crédibilité

Nous avons vu précédemment comment les participantes ont développé leur crédibilité professionnelle, laquelle est accordée par les collègues avec lesquels elles travaillent. Dans la logique d'action qu'elles mettent en place pour le déploiement du leadership clinique infirmier dans leur milieu, les participantes ont à cœur d'assurer la crédibilité professionnelle infirmière. Ainsi, elles soutiennent activement le développement professionnel de leurs collègues et le font de différentes façons. Par exemple, elles encouragent le partage d'expertise entre les personnes infirmières, le développement d'habiletés spécifiques au moyen du *coaching*, le développement d'habiletés pour évaluer correctement les situations cliniques rencontrées, incluant l'évaluation du degré d'urgence d'une situation ou de la motivation d'une personne soignée à changer un comportement.

Les participantes encouragent aussi, chez les infirmières de leurs milieux, le développement des habiletés à travailler de façon optimale en équipe interprofessionnelle ou avec les partenaires de la communauté, ainsi que les habiletés à résoudre des problèmes

cliniques rencontrés sur le terrain. Par exemple, Claudine, qui exerce un leadership clinique infirmier non formel et qui se dit « très terrain », a mis sur pied un club de lecture et a élaboré des capsules d'informations sur des sujets directement en lien avec les problèmes rencontrés sur le terrain. Elle conçoit des outils pour aider les infirmières à résoudre les problèmes ou les difficultés rencontrés dans leur pratique. Claudine se dit chanceuse de pouvoir compter sur le soutien de l'organisation où elle travaille puisque celle-ci ajuste sa charge de travail en conséquence.

Les participantes rapportent qu'elles aiment apprendre et partager leurs connaissances avec leurs collègues. Ainsi, elles sont toutes impliquées, de près ou de loin, dans l'élaboration et la dispensation d'activités de formation continue auprès de leurs collègues. Elles font preuve d'ingéniosité pour augmenter l'offre de formation continue dans leur milieu. Il s'agit souvent de « formations-maisons ». Plusieurs participantes déplorent que les formations offertes par l'employeur portent trop souvent sur les manières de documenter les soins ou de compiler des statistiques, au détriment de formations sur les pratiques infirmières pour mieux soigner. Ajoutons que plusieurs participantes considèrent que les restrictions budgétaires exercent un frein important au développement professionnel. Dans les prochains paragraphes, nous présentons quelques exemples d'actions que les participantes posent pour assurer la crédibilité professionnelle infirmière dans leur milieu. Nous commençons par Maude, qui exerce un leadership clinique infirmier formel en soins à domicile et qui est particulièrement préoccupée par la qualité du travail en interdisciplinarité :

J'ai fait beaucoup de *coaching* auprès des infirmières pour les aider à occuper tout leur champ d'exercice avant de référer. Car plusieurs référaient de manière trop automatique (« Il y a un besoin, je réfère ») alors qu'il fallait plutôt approfondir l'évaluation de la situation [...] Avant de faire une référence, il faut donc approfondir l'évaluation, avoir une bonne compréhension du travail des intervenants des autres disciplines ainsi qu'une certaine compréhension de leur réalité-terrain [...] Mon *coaching* auprès des infirmières en matière d'interdisciplinarité visait à les amener à

une meilleure compréhension du travail et de la réalité-terrain des intervenants des autres disciplines.

Maryse, qui exerce un leadership clinique infirmier formel en soins communautaires en périnatalité et petite enfance, encourage aussi le développement des habiletés d'évaluation chez les infirmières, et ce, afin qu'elles personnalisent davantage l'accompagnement qu'elles procurent aux personnes soignées et à leurs proches. Elle remarque :

Je pense que l'amélioration de la qualité des soins passe beaucoup par l'amélioration de la capacité des infirmières à évaluer les situations cliniques rencontrées [...] Les personnes soignées sont souvent dans un contexte où un changement serait requis pour optimiser leur santé ou leur qualité de vie. Dans notre milieu, nous utilisons de plus en plus l'approche motivationnelle [...] J'essaie de favoriser l'apprentissage de cette approche par le plus grand nombre possible d'infirmières de l'équipe des visites postnatales [...] J'ai confié à une infirmière qui connaît bien l'approche motivationnelle le mandat de préparer de courtes formations sous forme de capsules pour ses collègues.

De telles actions posées par les participantes apportent une contribution concrète au développement professionnel des infirmières et infirmiers de leurs milieux, par l'amélioration des connaissances et des habiletés à évaluer correctement les situations cliniques rencontrées, et ce, pour mieux intervenir par la suite. Aussi, le fait de confier l'élaboration de courtes formations à une infirmière sur le terrain lui donne de la reconnaissance et constitue un encouragement à se développer comme infirmière leader clinique. Soulignant qu'il faut toutefois réaménager la tâche d'une infirmière sur le terrain pour qu'elle puisse élaborer des formations continues pour ses collègues, Maryse parle aussi de l'importance de la reconnaissance du travail des infirmières par l'organisation pour stimuler le développement du leadership clinique infirmier :

Je pense que c'est important, dans une organisation, que les personnes qui exercent un leadership repèrent les infirmières ayant des capacités pour le leadership et leur confient des « mini-mandats », si bien sûr elles sont

intéressées à les faire. Il s'agit d'une forme de reconnaissance de leurs compétences. Parce qu'elle donne le goût de se dépasser, la reconnaissance est un facteur très important pour soutenir le développement du leadership clinique infirmier dans une organisation.

Les participantes interviennent aussi, au quotidien, à titre de personnes-ressources dans leur milieu. Il s'agit d'une autre façon, plus informelle, de partager leur expérience et leurs savoirs avec leurs collègues infirmières ou infirmiers. Nous estimons que ce partage dans un milieu donné peut contribuer à l'augmentation de la crédibilité professionnelle infirmière dans ce milieu.

Comme mentionné précédemment, certaines participantes disent ouvertement s'intéresser à la chose politique. Pour Charlotte, qui exerce un leadership clinique non formel en santé scolaire, il est très important que les infirmières sur le terrain puissent comprendre les enjeux que doivent considérer les décideurs dans les choix qu'ils font. Elle voit sa participation à titre de représentante des infirmières de première ligne au CECII de son CISSS comme une occasion de sensibiliser les infirmières de terrain à la chose politique. Nous considérons que cet aspect peut contribuer à l'augmentation de la crédibilité infirmière. Charlotte s'exprime ainsi :

J'aime participer aux discussions impliquant des décideurs et j'aime tout autant rapporter le fruit de ces discussions ou les décisions prises, à mes collègues au CLSC [...] C'est ma contribution à la sensibilisation des infirmières à la chose politique.

Après avoir traité de la deuxième composante de la logique d'action que les participantes mettent en place dans le déploiement du leadership clinique infirmier, à savoir assurer la crédibilité, nous présentons maintenant la troisième composante.

3.3 Collaborer et faire des alliances

Ce qui attire particulièrement l'attention dans l'analyse transversale des récits de vie des participantes, c'est qu'elles ne tiennent pas la collaboration pour acquise, pour quelque chose allant de soi. Elles portent une grande attention à la préparation de la collaboration, particulièrement lorsque cette collaboration implique des personnes réticentes ou affichant une certaine résistance à la collaboration ou au changement. L'analyse transversale des récits de vie des participantes indique qu'elles adoptent ce que nous qualifions d'approche humaniste, qui les amène à écouter les autres et à considérer attentivement l'unicité de chaque personne.

Par exemple, dans les interactions avec une personne réticente ou réfractaire à la collaboration ou au changement, Julie dit avoir recours à son ouverture d'esprit pour l'écouter afin de mieux comprendre son point de vue, tandis que Claudine dit aller chercher chez les personnes leurs forces, ce qu'elles ont de beau et de bon pour les rejoindre dans ce qu'elles sont. Brigitte parle de l'importance d'être à l'écoute de l'autre, de respecter son rythme, de le rejoindre dans ce qu'il est, de saisir sa quête de sens. Quant à Lise, elle vise à percevoir la « beauté de l'âme » de chaque personne. Nous avons choisi ces exemples pour illustrer la variété de mots que les participantes utilisent pour préparer la collaboration, particulièrement avec les personnes réticentes à celle-ci ou au changement et les résumons ainsi : les participantes portent attention à l'autre, l'écoutent, veulent qu'il soit bien, qu'il contribue à l'équipe à sa façon, avec ses forces et en étant ce qu'il est. Nous avançons qu'en adoptant cette approche, les participantes tentent d'harmoniser les cohérences individuelles des personnes avec qui elles sont en interaction, afin d'arriver à construire une cohérence du « nous », c'est-à-dire une cohérence collective nécessaire à une action concertée visant l'obtention de résultats de qualité pour les personnes soignées, pour le personnel et pour l'organisation elle-même.

De plus, l'analyse transversale des récits de vie met en relief que les participantes sont sensibles au climat de travail et qu'elles agissent pour en modifier la qualité

lorsqu'elles sentent que la collaboration ne peut pas s'installer. À ce sujet, Brigitte s'exprime ainsi :

Dans la pratique infirmière, nous rencontrons plusieurs situations qui génèrent du stress. Souvent, cela engendre des problèmes. Pour que le stress soit créatif et pour que les problèmes soient résolus, il ne doit pas y avoir trop de tension dans l'air. La meilleure façon que j'ai trouvée pour faire baisser la tension est de permettre aux gens de s'exprimer. Ensuite nous pouvons régler les problèmes, créer des choses, aller plus loin.

L'intervention consistant à permettre aux gens de s'exprimer semble partagée par les participantes puisque plusieurs y font allusion. Maude, qui exerce un leadership clinique infirmier formel en soins à domicile, dit croire beaucoup au travail d'équipe et à la responsabilité partagée. Pour elle, cela implique que les gens puissent s'exprimer, comme nous le retrouvons dans l'extrait ci-dessous :

Je crois beaucoup au travail d'équipe et à la responsabilité partagée [...] Quand j'ai une décision à prendre, j'aime impliquer les membres de l'équipe dans le processus décisionnel [...] Ça irait sûrement plus vite si je décidais toute seule dans mon bureau, après avoir consulté, et si j'imposais des solutions. Mais lors de la mise en œuvre sur le terrain, les membres de l'équipe me feraient probablement part des limites de mes solutions, des autres problèmes qu'elles entraînent, etc. Alors je préfère impliquer les membres de l'équipe dans le processus décisionnel et dans la recherche de solutions [...] Je veux que les membres de l'équipe expriment leurs idées pour qu'on arrive ensemble à régler ou du moins à diminuer les problèmes. Il faut donc se rencontrer, tenir des réunions [...] Ça prend peut-être plus de temps, mais c'est plus efficace à long terme et le climat de travail est meilleur.

La référence au temps qui, comme nous l'avons vu précédemment, semble jouer un rôle important dans l'établissement de la confiance, peut s'appliquer aussi lorsqu'il s'agit d'assurer la crédibilité ou de collaborer et de faire des alliances. Le temps jouerait ainsi un rôle dans l'une ou l'autre des composantes de la logique d'action que les participantes mettent en place pour le déploiement du leadership clinique infirmier. Ainsi,

Brigitte souligne l'importance de respecter le rythme des personnes et Maude soutient que l'implication des membres de l'équipe dans le processus décisionnel est un processus qui prend plus de temps mais qu'il est plus efficace à long terme. De son côté, lorsqu'elle planifie une collaboration avec les enseignantes et enseignants des écoles dont elle s'occupe comme infirmière scolaire, Lise tient aussi compte du temps. Elle rapporte :

J'ai des visées à court terme, mais aussi à moyen et à long terme. Je sais d'expérience que cela peut parfois prendre jusqu'à deux ans pour qu'une vraie collaboration s'installe. Il faut construire sa crédibilité, « tricoter » et ouvrir des portes [...] Il y a parfois des personnes résistantes aux changements qui peuvent mettre des bâtons dans les roues, mais je persévère, je suis patiente, je ne brusque pas les choses.

L'analyse transversale des récits de vie montre que c'est habituellement après avoir pris ces précautions pour bien préparer la collaboration que celle-ci peut se produire. Toutefois, il peut arriver que, malgré une préparation soignée pour la collaboration, celle-ci ne soit pas possible avec certaines personnes. Maryse, qui exerce un leadership clinique infirmier formel, appelle ces personnes des « employés défis ». Elle soutient qu'elle aimerait avoir plus de temps et de ressources pour composer avec ces employés défis. Actuellement, l'approche qu'elle privilégie est de se concentrer sur le reste de l'équipe pour assurer la meilleure collaboration possible. Nous constatons ici aussi, la référence au temps.

Une fois la collaboration créée, les participantes ont parfois à faire des alliances afin de s'entendre un peu plus formellement sur la collaboration à établir. Par exemple, Lise dit aimer impliquer les enseignantes et enseignants dans l'élaboration d'activités de promotion de la santé car elle voit la possibilité d'un meilleur impact sur la santé des jeunes. Aussi, à la fin de l'année scolaire elle initie des rencontres avec la direction des écoles dont elle s'occupe pour faire un bilan et ajuster ses interventions au besoin. Pour sa part, Madeleine, qui exerce un leadership clinique infirmier non formel en soins communautaires en périnatalité et petite enfance auprès d'une clientèle vivant en contexte

de vulnérabilité, prend les devants et demande si elle peut assister à des rencontres avec la Direction de la protection de la jeunesse lorsque cela lui semble important pour les suivis qu'elle fait.

Après avoir présenté la troisième composante de la logique d'action que les participantes mettent en place pour le déploiement du leadership clinique infirmier, nous traitons maintenant de la quatrième composante.

3.4 Utiliser la parole

Quel que soit le secteur d'activité clinique où elles pratiquent et que leur exercice du leadership clinique infirmier soit formel ou non, toutes les participantes sont appelées à utiliser la parole, et ce, souvent. Par exemple, toutes les participantes disent être impliquées régulièrement dans l'animation ou la participation à des réunions. Au cours de ces réunions, elles sont appelées à utiliser la parole et se servent de celle-ci pour toutes sortes de raisons : pour influencer, pour mobiliser les gens, pour clarifier ou proposer une nouvelle organisation du travail, pour stimuler la réflexion, pour susciter une discussion, pour mettre à jour un problème ou pour recentrer l'action sur les objectifs communs. Les participantes ont aussi recours à la parole pour négocier des ententes, pour faire de la rétroaction ou pour commenter les rétroactions qu'elles reçoivent, pour dispenser des activités de formation continue auprès des collègues, pour présenter la situation clinique d'une personne soignée en équipe interdisciplinaire, pour consulter ou pour répondre lorsqu'elles sont elles-mêmes consultées, ou tout simplement pour dispenser des soins de qualité convenant aux besoins réels des personnes puisque cela implique une bonne écoute et la capacité de s'exprimer clairement à toutes les personnes impliquées, incluant les personnes recevant les soins ou les services infirmiers.

Les participantes ont toutes, à des degrés divers et en différents contextes, à faire de la rétroaction à leurs collègues. Comme mentionné précédemment, les participantes qui exercent un leadership clinique infirmier non formel rapportent éprouver davantage

de difficulté à faire de la rétroaction à une personne à la fois, comparativement à le faire en groupe. Geneviève, qui exerce un leadership clinique non formel en soins à domicile, l'exprime en ces mots :

Je trouve très difficile de dire à une collègue qu'elle fait quelque chose qui devrait être corrigé ou ajusté. Qui suis-je pour dire aux autres comment travailler ? Il me semble que je suis une infirmière trop jeune pour me permettre cela. Mais en même temps, lorsqu'il s'agit de choses qui menacent la qualité des soins, il faudrait pouvoir le dire. Je n'ai jamais réussi à le faire, je ne sais pas comment m'y prendre pour faire une rétroaction. Je peux le faire à un groupe, mais pas individuellement [...] Je crois qu'une formation sur le leadership ou sur la manière de dire à quelqu'un les points qu'il a à améliorer serait fort utile.

Maryse, qui exerce depuis plusieurs années un leadership clinique infirmier formel en soins communautaires en périnatalité et petite enfance, se sent plus à l'aise de prendre la parole pour faire de la rétroaction dans un contexte dyadique. Elle dit :

J'ai régulièrement à rencontrer des employés qui, pour toutes sortes de raisons, ne donnent pas leur plein rendement. La rencontre peut porter par exemple, sur la qualité de l'évaluation des situations cliniques rencontrées. [...] Certaines infirmières déplorent le fait d'avoir à répéter la même chose, encore et encore, aux personnes qu'elles soignent. Certaines disent même : « J'ai beau enfoncer le clou, rien ne change, elle ne comprend pas ! » Je dois apporter des correctifs à cette façon de penser. Tout d'abord, je dis que quand on travaille avec des personnes, il n'y a pas de clou à enfoncer ! Il s'agit de bien évaluer la situation pour être en mesure d'identifier correctement les problèmes ou les besoins des personnes.

Pour poursuivre sur le thème de l'utilisation de la parole comme quatrième composante de la logique d'action que les participantes mettent en œuvre pour le développement du leadership clinique infirmier, mentionnons que certaines participantes disent se sentir entre l'arbre et l'écorce lorsqu'elles prennent la parole avec les gestionnaires. Les propos de Brigitte, qui exercent un leadership clinique infirmier non formel en santé scolaire, traduisent cet inconfort :

Dans mon rôle au CLSC, je me retrouve assez souvent entre l'arbre et l'écorce. D'une part je comprends la réalité des infirmières de terrain, qui est aussi la mienne et que je veux défendre. Mais d'un autre côté, il y a des demandes qui viennent de la direction, une direction d'ailleurs prête à nous soutenir dans les processus de changement. Dans cette position entre l'arbre et l'écorce, je trouve qu'une personne qui exerce un leadership est souvent bien seule. Il y a des sujets dont elle ne peut pas vraiment parler avec les infirmières de terrain, en tout cas pas avec toutes. Et lorsqu'elle discute avec la direction, elle ne veut pas trahir la confiance que les infirmières de terrain lui accordent.

L'analyse transversale des récits de vie montre que l'utilisation de la parole par les participantes, laquelle vise principalement la promotion de la qualité des soins ou des services infirmiers dans un environnement de travail le plus agréable possible, est nuancée : elle n'est ni pro-employé ni pro-employeur. Madeleine, qui exerce un leadership clinique infirmier non formel en soins communautaires en périnatalité et petite enfance, résume ainsi :

Je ne suis ni « pro-employé » ni « pro-employeur ». Je comprends les différents enjeux, dont les enjeux budgétaires, parce que j'ai été assistante infirmière chef. J'essaie de voir les deux côtés de la médaille et d'exprimer un point de vue pondéré pour faire avancer un dossier ou pour dénouer une impasse.

Maryse partage ce point de vue et présente ainsi sa façon de voir son rôle entre les infirmières sur le terrain et les gestionnaires :

Il y a ce que j'appelle des « commandes » qui nous viennent de la gestion, des objectifs à atteindre [...] Ce que j'essaie de faire comme responsable de l'équipe des visites postnatales, c'est d'atteindre les objectifs de commande en conservant un souci de qualité des services et de qualité de vie au travail [...] Quand je sens que les infirmières sont sincères et qu'il y a une détresse à soulager, quand je suis convaincue qu'elles ont raison, alors je reviens avec ma demande aux gestionnaires. Et ça va aussi dans l'autre sens. Si je suis convaincue qu'une demande des gestionnaires est correcte, je suis capable d'être convaincante auprès des membres de mon équipe.

Cette référence de Maryse à la capacité de convaincre met en lumière l'habileté de ralliement retrouvée dans les propos des participantes, encore une fois chacune à sa façon. Et cette habileté est déployée le plus souvent dans l'utilisation de la parole. Par exemple, que ce soit pour influencer, pour mobiliser les personnes, pour négocier des ententes, pour initier une discussion ou pour toute autre démarche menant à des actions concertées, l'habileté de ralliement se retrouve dans l'utilisation de la parole par les participantes. Pour Geneviève, qui exerce un leadership clinique infirmier non formel en soins à domicile, ces démarches menant à des actions concertées ne se font pas seulement en contexte d'exercice du leadership auprès des collègues, mais aussi en contexte d'exercice du leadership auprès des personnes soignées et de leurs proches :

Je crois qu'il faut absolument démontrer un leadership clinique infirmier auprès des personnes que l'on soigne, c'est-à-dire nos patients. Je dirais même que nous n'avons pas le choix de démontrer du leadership. Dans le service de soutien à domicile, il est primordial d'aider les patients à être les plus autonomes possible, pour qu'ils prennent en charge leur propre santé. Il faut promouvoir leur *empowerment* et soutenir leur motivation. Il faut les aider à identifier leurs forces, à mobiliser leurs ressources. D'après moi, une infirmière ne peut pas faire ça si elle n'exerce pas un solide leadership clinique auprès des patients. Mais attention : il ne s'agit pas d'exercer une autorité. C'est davantage une question de partenariat dans lequel l'infirmière est une personne qui écoute, soutient, explique, stimule, influence.

Pour terminer cette sous-section sur l'utilisation de la parole comme composante de la logique d'action que les participantes mettent en œuvre pour le déploiement du leadership clinique infirmier, nous retrouvons à nouveau Geneviève qui s'exprime sur les liens entre la prise de parole lors de la présentation de situations cliniques aux membres de l'équipe interdisciplinaire et la crédibilité professionnelle des infirmières et infirmiers :

Je veux le faire de manière professionnelle. Il est important pour moi d'être crédible, d'avoir l'air compétente, de démontrer un bon esprit de synthèse, bref de bien représenter les infirmières. Je trouve que nous avons, nous les infirmières, une certaine côte à remonter en matière de présentation de cas à des collègues des autres disciplines. Je crois que ceux-ci ne nous voient

pas toujours comme des professionnelles ayant des connaissances et étant capables de bien les communiquer. Parfois je me demande même s'ils nous voient comme des personnes intelligentes.

Ce commentaire fait ressortir l'importance que Geneviève accorde à la prise de parole par l'infirmière et à la manière avec laquelle elle doit être faite. L'analyse transversale des récits de vie montre que toutes les participantes accordent de l'importance à la parole et l'utilisent fréquemment. C'est pourquoi nous en avons fait une composante de la logique d'action qu'elles mettent en œuvre pour le déploiement du leadership clinique infirmier.

Après avoir traité du développement de l'infirmière leader clinique et du développement du leadership clinique infirmier, nous présentons maintenant une illustration de nos résultats par un schéma intégrateur.

4. L'ILLUSTRATION DES RÉSULTATS PAR UN SCHÉMA INTÉGRATEUR

Nous terminons ce chapitre par la présentation de notre schéma intégrateur, à la figure 2, et le commentons brièvement par la suite. Ce schéma représente une illustration du développement du leadership clinique infirmier et celui de l'infirmière leader clinique tout au long de la vie et dans tous les aspects de la vie, à partir de l'analyse des récits de vie des participantes, d'abord au cas par cas puis en les comparant entre eux (analyse transversale). Soulignons que le développement du leadership clinique infirmier inclut le développement de l'infirmière leader clinique.

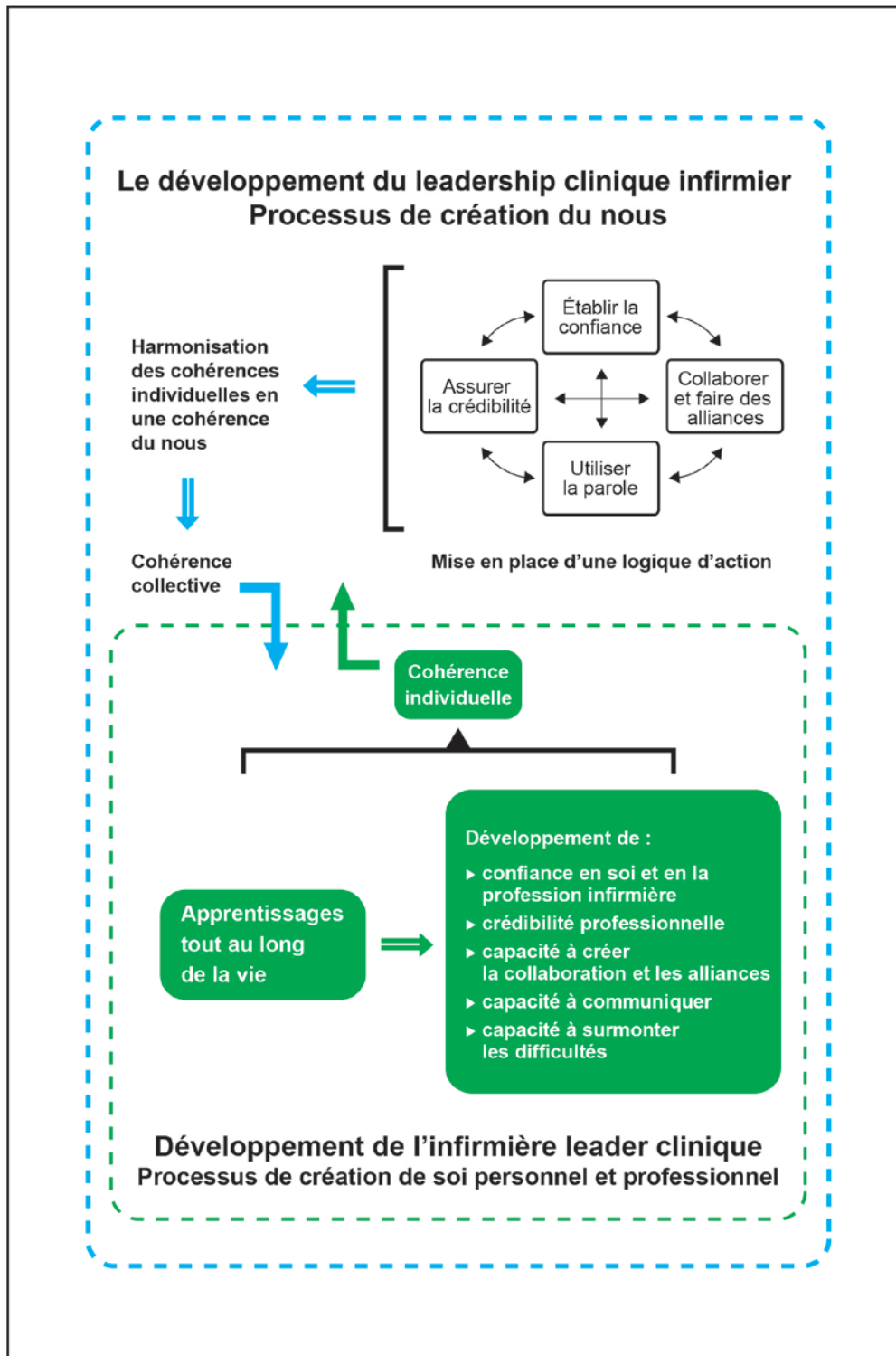


Figure 2. Le développement du leadership clinique infirmier et celui de l'infirmière leader clinique tout au long de la vie

Notre schéma représente le développement du leadership clinique infirmier et celui de l'infirmière leader clinique, comme des « processus de création ». Nous parlons des « processus de création de soi » pour les processus de création de soi personnel et professionnel reliés au développement de l'infirmière leader clinique et des « processus de création du nous » pour le développement du leadership clinique infirmier.

Le développement de l'infirmière leader clinique implique cinq processus de création de soi personnel et professionnel, ou cinq composantes, à savoir : a) la confiance en soi et en la profession infirmière, b) la crédibilité professionnelle, c) la capacité à créer la collaboration et les alliances, d) la capacité à communiquer et e) la capacité à surmonter les difficultés. À mesure que l'infirmière leader clinique fait des apprentissages et se développe, tout au long de la vie et dans tous les aspects de la vie, elle construit ce que nous avons appelé une « cohérence individuelle ».

La construction d'une cohérence individuelle (associée au développement de l'infirmière leader clinique) résulte d'apprentissages et d'expériences effectués tout au long de la vie et dans tous les aspects de vie. Cela réfère à la notion de formation en tant qu'« entreprise d'individualisation » telle que définie dans le *Dictionnaire actuel de l'éducation* (Legendre, 2005) :

« La formation est toujours une entreprise d'individualisation, sans quoi elle n'atteint pas vraiment son but. Il ne suffit pas, en effet, de transmettre un savoir, il faut aussi se préoccuper de la manière dont chaque individu réussit à recréer ce savoir pour lui-même et à l'intégrer à ses propres acquis de formation, à son univers de significations et à son expérience » (p. 685).

En utilisant une approche biographique, c'est aux apprentissages d'une personne, à ses expériences et à son univers de signification, autrement dit à ce qui fait sa « cohérence individuelle » que nous nous sommes intéressée. Nous avons approfondi notre compréhension de sa formation, tout au long de la vie et dans tous les aspects de la

vie, de son développement pour devenir une infirmière leader clinique dont la qualité du leadership est reconnue par les pairs.

Le développement du leadership clinique infirmier comprend le développement de l'infirmière leader clinique, ainsi que la mise en œuvre, dans l'environnement de travail, d'une logique d'action que les participantes à la recherche partagent, soit : a) établir la confiance, b) assurer la crédibilité, c) collaborer et faire des alliances et d) utiliser la parole. Ces quatre composantes de la logique d'action sont les processus impliqués dans la création du « nous », nécessaire à l'action collective concertée, que l'infirmière leader clinique arrive à installer, avec les autres. Dans notre schéma, la présence de flèches entre les quatre composantes de la logique d'action pour créer le nous, indique que ces composantes sont reliées entre elles ou qu'elles peuvent exercer une influence les unes sur les autres. La mise en place de la logique d'action s'effectue dans une organisation de soins de santé, dans laquelle nous incluons les partenaires de la communauté.

Nous avançons qu'à mesure que les interactions entre les personnes se produisent dans une organisation, par la mise en place des processus de création du « nous », une cohérence collective se construit. L'analyse des récits de vie montre que les participantes déploient beaucoup d'efforts pour créer un milieu de travail agréable et harmonieux, où chaque personne est respectée. Nous proposons qu'en agissant ainsi, les participantes tentent d'harmoniser les cohérences individuelles des personnes avec qui elles sont en interaction, pour créer une cohérence collective non opprimante, que nous avons appelé la cohérence du nous, laquelle assure la cohérence collective nécessaire pour viser l'obtention de résultats de qualité pour toutes et tous, incluant pour l'organisation elle-même.

Dans le schéma intégrateur, la présence de flèches entre les processus de création de soi personnel et professionnel et les processus de création du nous indique que la cohérence individuelle de l'infirmière leader clinique influence les processus de création

du nous et que la cohérence collective influence les processus de création de soi personnel et professionnel de l'infirmière leader clinique. Nous croyons qu'ainsi, il y a création d'un contexte qui soutient le développement du leadership clinique infirmier et celui de l'infirmière leader clinique, tout au long de la vie et dans tous les aspects de la vie.

Après avoir présenté ce chapitre sur l'analyse des récits de vie des participantes, d'abord au cas par cas puis en les comparant entre eux (analyse transversale), nous présentons la discussion de nos résultats dans le prochain chapitre.

SEPTIÈME CHAPITRE

LA DISCUSSION DES RÉSULTATS

Dans ce chapitre, nous présentons la discussion de nos résultats et visons à faire ressortir en quoi ils contribuent à l'avancement des connaissances à propos du leadership clinique infirmier considéré comme un phénomène social, et, plus particulièrement, à propos du développement de ce leadership et du développement de l'infirmière leader clinique, celui-ci étant considéré dans une perspective d'apprentissages tout au long de la vie (*lifelong learning*) et dans tous les aspects de la vie (*lifewide learning*). Inspirée par Vygotski, nous considérons que l'apprentissage précède le développement. Nous présentons les principaux apprentissages qui ressortent de l'analyse au cas par cas et de l'analyse transversale des récits de vie reconstitués : ces apprentissages ont permis le développement du leadership clinique infirmier et celui de l'infirmière leader clinique. Les résultats obtenus indiquent que l'infirmière leader clinique a développé une cohérence individuelle, que l'on pourrait relier à sa formation, comme le laisse entendre cette définition retrouvée dans le *Dictionnaire actuel de l'éducation* (Legendre, 2005) :

La formation est toujours une entreprise d'individualisation, sans quoi elle n'atteint pas vraiment son but. Il ne suffit pas, en effet, de transmettre un savoir, il faut aussi se préoccuper de la manière dont chaque individu réussit à recréer ce savoir pour lui-même et à l'intégrer à ses propres acquis de formation, à son univers de significations et à son expérience (p. 685).

Rappelons que les résultats dont nous discutons dans le présent chapitre proviennent de l'analyse, au cas par cas, des récits de vie reconstitués par la doctorante et validés par les dix participantes à l'étude, ainsi que de l'analyse transversale de ces récits de vie. Les participantes ont été identifiées par leurs collègues infirmières ou infirmiers en soins communautaires comme étant des personnes qui exercent un leadership clinique infirmier de qualité, qu'il soit formel ou non.

Ce chapitre comprend quatre sections. La première est consacrée à la discussion des résultats quant au développement de l’infirmière leader clinique tandis que la deuxième section concerne le développement du leadership clinique infirmier. La troisième section porte sur les apports originaux de notre recherche aux connaissances à propos de notre objet d’étude. Quant à la quatrième section, elle établit la situation de notre étude dans la thématique du doctorat en éducation, c’est-à-dire qu’elle traite de l’interrelation entre la recherche, la formation et la pratique.

1. LE DÉVELOPPEMENT DE L’INFIRMIÈRE LEADER CLINIQUE : PROCESSUS DE CRÉATION DE SOI PERSONNEL ET PROFESSIONNEL EN UNE COHÉRENCE INDIVIDUELLE

Les résultats de l’analyse des récits de vie montrent que le développement de l’infirmière leader clinique, que nous appelons processus de création de soi personnel et professionnel, implique cinq composantes : a) la confiance en soi et en la profession infirmière, b) la crédibilité professionnelle, c) la capacité à créer la collaboration et les alliances, d) la capacité à communiquer, particulièrement au moyen de la parole et e) la capacité à surmonter les difficultés. Nous discutons de chacune de ces composantes dans les sous-sections qui suivent.

1.1 La confiance en soi et en la profession infirmière

Au cours de son développement, l’infirmière leader clinique affiche des comportements qui manifestent une confiance en soi de plus en plus affirmée. Et cette confiance en soi se développe grâce à divers événements qui se produisent tant dans la vie personnelle que dans la vie professionnelle de la personne. Par exemple, le fait d’avoir connu des conditions adverses durant l’enfance, d’avoir réussi à créer des alliances avec des personnes de l’entourage pour pouvoir continuer à se développer, ou le fait d’avoir réussi à développer son autonomie et à faire preuve de débrouillardise pour concilier la famille, le travail et les études, constituent des réalisations personnelles qui permettent à

l'infirmière leader clinique de faire preuve d'une confiance en soi autant dans sa vie personnelle que professionnelle.

Nous avançons que ces réalisations exercent une influence importante sur les croyances d'efficacité de la personne, lesquelles contribuent au développement de sa confiance en soi. Nous associons cette confiance en soi au sentiment d'efficacité personnelle que décrit Bandura : « Le sentiment d'efficacité personnelle désigne la croyance qu'a quelqu'un de sa capacité à agir sur lui-même, sur son environnement social et sur les événements de sa vie » (Bandura, 2003 dans Galand, 2011).

Lorsque l'on considère le développement de l'infirmière leader clinique à la lumière des résultats obtenus, nous remarquons que différentes expériences ont permis l'accroissement du sentiment d'efficacité personnelle. Nous les regroupons en quatre catégories : 1) avoir fait l'expérience de la réussite, comme réussir à présenter avec brio des situations cliniques devant les membres d'une équipe interdisciplinaire ayant de très hautes attentes face à cette activité; 2) avoir observé attentivement comment une infirmière compétente s'y prend pour faire une action et s'en inspirer, par exemple, pour apprendre à présenter des situations cliniques à une équipe interdisciplinaire; 3) avoir reçu des félicitations de la part de personnes dont l'opinion est valorisée, par exemple avoir été félicitée par une supérieure hiérarchique pour la qualité de l'évaluation de situations cliniques complexes; et 4) avoir le sentiment d'être capable de rendre son milieu de travail agréable et de pouvoir y être heureuse. Nous relevons des liens entre ces catégories d'expériences et les sources d'information que Bandura (2011 dans Galand, 2011) associe à l'augmentation du sentiment d'efficacité personnelle, à savoir : 1) les expériences d'avoir maîtrisé quelque chose (les performances antérieures, les succès, les échecs), 2) les expériences vicariantes, c'est-à-dire celles reliées au modelage ou qui impliquent une comparaison sociale, 3) la persuasion verbale, c'est-à-dire le fait d'avoir eu des rétroactions évaluatives, des encouragements ou l'avis de personnes significatives et 4) les états psychologiques et émotionnels.

Selon Adeniran, Bhattacharya et Adeniran (2012), le niveau de confiance en soi d'une personne ou sa perception de son sentiment d'efficacité personnelle influence non seulement ses objectifs professionnels, mais aussi les comportements qu'elle initiera pour les atteindre, les efforts qu'elle déploiera ainsi que la persévérance qu'elle démontrera en présence d'obstacles. Toujours selon ces auteurs, le sentiment d'efficacité personnelle est un facteur personnel essentiel pour l'exercice du leadership clinique infirmier.

Nos résultats indiquent que le sentiment d'efficacité personnelle s'accompagne de la crédibilité professionnelle, laquelle est reliée à la compétence et est développée grâce à des apprentissages effectués dans différents contextes.

1.2 La crédibilité professionnelle

La crédibilité professionnelle illustre bien ce qui découle d'une synergie entre des apprentissages effectués dans différents contextes, soit les contextes formels, non formels ou informels. L'infirmière leader clinique effectue, en effet, au cours de son développement, des apprentissages formels, non formels et informels.

Les résultats obtenus dans notre étude indiquent que le développement de la crédibilité professionnelle de l'infirmière leader clinique est associé au développement de sa compétence professionnelle en tant qu'infirmière. La capacité d'agir avec compétence se développe dans toutes sortes de contextes, mais principalement dans le contexte des apprentissages par l'expérience, que cette expérience soit en milieu de travail ou dans tout autre type de contextes. L'infirmière leader clinique est d'abord une personne, et à ce titre elle est indivisible. Dans l'exercice du leadership clinique, elle engage sa personne toute entière en mobilisant les apprentissages qu'elle a faits autant dans sa vie professionnelle que personnelle.

La crédibilité professionnelle de l'infirmière leader clinique est quelque chose qui lui est accordé par d'autres, c'est une forme de reconnaissance. Une personne ne peut

s'attribuer à elle-même la crédibilité professionnelle. À la lumière des résultats obtenus dans notre recherche, nous avançons que c'est la démonstration de sa capacité d'agir avec compétence, d'abord comme infirmière, qui permet la construction graduelle de sa crédibilité professionnelle en tant qu'infirmière leader clinique. Soulignons toutefois que nos résultats indiquent que, lorsque l'on réfère à Benner et au développement de l'infirmière de novice à experte, l'infirmière leader clinique n'a pas à être une « experte » pour pouvoir exercer un leadership clinique dont la qualité est reconnue par les pairs. Elle doit cependant mobiliser des ressources qui traduisent un ensemble de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être pertinents pour pouvoir solutionner les divers problèmes ou pour engager les membres de l'équipe à les solutionner, et ce, dans les différentes circonstances rencontrées.

Lorsqu'elle parle des ressources nécessaires pour exercer un leadership clinique infirmier, l'infirmière leader clinique en identifie plusieurs, dont l'habileté à prendre de bonnes décisions et à agir rapidement, et ce, de manière correcte, lorsque les situations, mêmes nouvelles, l'exigent. Mitchinson et Morris (2015) attribuent cette habileté au fait d'être un « apprenant agile ». Pour ces auteurs, l'agilité d'apprentissage (« *learning agility* ») est un atout majeur pour pouvoir exercer un leadership, à notre époque où la turbulence et les changements rapides sont monnaie courante. Toujours selon ces auteurs, l'agilité d'apprentissage permet aux leaders qui en sont pourvus de s'adapter rapidement aux situations rencontrées, et ce, parce qu'ils ont une attitude d'ouverture, qu'ils utilisent les apprentissages tirés de leurs expériences, qu'ils sont capables de considérer les situations sous un angle différent et qu'ils sont capables d'adopter des comportements différents de ceux qu'ils manifestent habituellement, s'ils permettent une réponse plus adéquate aux situations rencontrées. Selon DeRue, Ashford et Myers (2012), non seulement un apprenant agile reconnaît-il rapidement les *patterns* importants dans une situation qu'il rencontre, il est aussi capable de faire rapidement des liens entre ces *patterns* et d'autres expériences qu'il a vécues. L'apprenant agile est une personne qui

manifeste une grande capacité d'apprendre de ses expériences, d'en retenir des leçons pertinentes et de les transférer dans de nouveaux contextes.

DeRue *et al.* (2012) ajoutent que l'apprenant agile laisse de côté les leçons qu'il a apprises lorsqu'elles ne sont plus appropriées, ce qu'ils associent au fait que l'apprenant agile ne reste pas enfermé dans une façon unique de voir les choses ni dans des comportements qui seraient devenus désuets. Il est intéressant de remarquer que dans notre étude, cette agilité d'apprentissage se retrouve autant chez l'infirmière leader qui exerce un leadership clinique infirmier formel, c'est-à-dire relié à un poste de gestion ou de coordination, que chez l'infirmière leader qui exerce un leadership clinique non formel. L'agilité d'apprentissage est de plus en plus considérée dans le développement du leadership ou dans celui de la leader ou du leader. En soins infirmiers, nous n'avons repéré que deux articles traitant de l'agilité d'apprentissage comme caractéristique à encourager dans le développement du leadership infirmier ou dans celui de l'infirmière ou l'infirmier leader (Batcheller, 2016; Glassman et Withall, 2018).

Les résultats de notre recherche montrent aussi que la capacité d'agir avec compétence, celle dont il est question dans notre étude, révèle une forte posture éthique de l'infirmière leader clinique, notamment dans des comportements qui traduisent le respect de soi et de l'autre, le sens du service, l'équité, l'honnêteté et la bienveillance. Nous estimons que l'infirmière leader clinique est une apprenante agile, capable lorsqu'il le faut, d'adopter des comportements nouveaux, davantage appropriés aux situations rencontrées. L'agilité d'apprentissage constitue une ressource indispensable pour l'infirmière leader clinique exerçant un leadership dans un contexte de transformation du système de santé, un contexte de réorganisation majeure dans lequel de nouvelles solutions, voire de nouvelles façons d'aborder les problèmes sont nécessaires. Mais les principes éthiques soutenant ses comportements sont respectés. While (2016) souligne d'ailleurs l'importance d'encourager les comportements éthiques chez les infirmières qui exercent un leadership.

Les résultats de notre étude attirent l'attention sur un autre point : l'infirmière leader clinique soutient que les apprentissages effectués en contextes non formels ou informels lui ont davantage permis de développer ses habiletés pour l'exercice du leadership clinique, comparativement aux apprentissages faits en contextes formels. L'infirmière leader clinique affirme avoir appris à exercer le leadership clinique infirmier principalement en l'exerçant. McCall (2010) relève aussi que l'expérience constitue la principale source pour apprendre à être un leader, et non la génétique, les programmes d'entraînement ou les écoles de gestion. Il souligne que l'expérience est la principale source pour apprendre à être un leader, mais ne dit pas que c'est la seule. L'infirmière leader clinique éprouve de la difficulté à identifier ce qui, dans les apprentissages qu'elle a faits en contextes formels, c'est-à-dire pour l'obtention de ses diplômes, a contribué à son développement comme infirmière leader clinique. Pourtant, les résultats de notre étude montrent que la crédibilité professionnelle est une composante importante dans le développement de l'infirmière leader clinique. Or, cette crédibilité professionnelle exige l'obtention d'un diplôme en soins infirmiers ou en sciences infirmières et l'obtention de ce diplôme atteste que des apprentissages importants ont été faits, comme la capacité d'analyse ou de raisonnement clinique, fort utiles pour l'exercice du leadership clinique. À propos de l'obtention du diplôme en sciences infirmières, rappelons qu'une seule des participantes a choisi la formation infirmière initiale au baccalauréat. Toutes les autres participantes ont obtenu leur baccalauréat après avoir obtenu un DEC en soins infirmiers. Plusieurs ont eu à déployer bien des efforts pour pouvoir concilier le travail et les études au baccalauréat, tout en prenant soin de leur famille.

Nous allons maintenant nous pencher sur un autre aspect du développement de l'infirmière ou l'infirmier leader clinique que l'utilisation des récits de vie nous a permis d'identifier, à savoir les capacités développées tout au long de la vie et qui sont particulièrement en lien avec l'exercice du leadership clinique.

1.3 Les capacités développées

Les capacités développées dont il est question ici sont celles qui permettent à l'infirmière leader clinique de manifester des comportements de leadership que nous qualifions d'éthiques, compatibles avec ses valeurs. En premier lieu, nous discutons de la création de la collaboration et des alliances. Ensuite, il est question de la communication et en particulier de la parole. En dernier lieu, nous abordons les capacités qu'a développées l'infirmière leader clinique pour être capable de surmonter les difficultés qu'elle rencontre.

1.3.1 *Créer la collaboration et les alliances : être première parmi des égaux*

L'infirmière leader clinique se dit positive, une femme d'action capable de prendre des initiatives. Qu'elle exerce un leadership clinique formel ou non et quel que soit le secteur d'activité clinique où elle pratique en soins communautaires, l'infirmière leader clinique manifeste une capacité à initier les choses, à préparer la collaboration, à collaborer et à faire des alliances. Les résultats de notre recherche montrent que l'infirmière leader clinique a une grande préoccupation pour la collaboration et en particulier pour la préparation à cette collaboration. Elle a aussi un talent certain pour mettre en place les conditions pour en favoriser l'émergence et pour la maintenir. Sa conception du rôle de l'infirmière leader clinique, qu'il soit associé ou non à l'exercice d'un leadership formel, est très axée sur la collaboration : elle se voit comme une personne qui travaille en équipe, qui partage avec l'équipe la responsabilité d'obtenir des résultats optimaux pour les personnes soignées, pour les intervenantes et intervenants, pour le personnel ainsi que pour l'organisation.

La théorie de l'apprentissage biographique d'Alheit fournit des indications pour mieux comprendre comment se développent cette préoccupation de l'infirmière leader clinique pour la collaboration ainsi que sa capacité à créer la collaboration et les alliances. En effet, selon cette théorie, les processus d'apprentissage biographique reposent sur la

constitution de réseaux et de processus sociaux, sur des savoirs collectifs et des pratiques collectives et pas seulement sur des opérations d'assimilation et de construction propres à assurer l'organisation réflexive individuelle de la personne (Alheit, 2009; Alheit et Dausien, 2005). Vue sous l'angle de l'apprentissage biographique, la capacité à créer la collaboration et les alliances résultent d'apprentissages effectués dans différents contextes grâce aux interactions avec les autres, et ce, tout au long de la vie et dans tous les aspects de la vie. Nous avançons que l'infirmière leader clinique a une grande capacité à apprendre de ses expériences, avec les autres, et d'en tirer des leçons pour continuer à se développer et participer au développement des autres. La participation au développement des autres constitue un enjeu actuel primordial. À preuve, le plus récent congrès de l'OIIQ (2018) portait sur le développement professionnel. Les infirmières et infirmiers ont été appelées et appelés à construire une culture plus ouverte au développement professionnel dans tous les milieux de soins. En agissant comme modèles de rôle, les infirmières leaders cliniques occupent une position privilégiée pour favoriser l'émergence ou l'épanouissement d'une telle culture.

Les résultats de notre étude indiquent aussi que l'infirmière leader clinique se voit davantage comme un membre de l'équipe que comme une personne qui fait travailler les autres. En raison de cette capacité à s'avancer, à initier les choses, à rechercher la collaboration et les alliances, et en raison de cette façon de considérer la responsabilité collective, nous considérons l'infirmière leader clinique comme une « première parmi des égaux ». Cette image traduit l'idée que dans une équipe d'infirmières où chacune exercerait un leadership clinique, chacune serait considérée comme une infirmière leader clinique, une « première parmi des égaux », c'est-à-dire que chacune serait capable de créer la collaboration et les alliances et chacune assumerait sa part dans la responsabilité collective. En fait, chaque infirmière assumerait une responsabilité individuelle et collective dans un leadership qui serait alors collectif. Selon West, Eckert, Steward et Pasmore (2014), des auteurs qui encouragent le développement du leadership collectif

dans le système de santé britannique, la responsabilité et l'imputabilité fonctionnent simultanément, aux niveaux individuel et collectif, dans le leadership collectif.

Les résultats que nous avons obtenus montrent que le leadership clinique infirmier exercé par l'infirmière leader clinique n'est pas orienté vers l'obéissance aveugle à un leader quel qu'il soit. Il est collectif et implique la collaboration. Rapportant la pensée de la philosophe politique Hannah Arendt, Gardiner (2018) souligne que le leader qui demande une obéissance aveugle risque d'entraîner la déresponsabilisation des personnes qui le suivent. De plus, cette auteure rapporte que, selon Arendt, lorsque des personnes décident d'unir leurs efforts pour travailler à une cause commune, par exemple pour lutter contre des injustices, l'une d'entre elles émerge naturellement et devient une *primus inter pares*, c'est-à-dire une « première parmi des égaux ». Nous estimons que cela s'apparente à la situation des infirmières leaders cliniques considérées dans notre étude, soit des infirmières leaders qui exercent un leadership clinique infirmier de proximité, formel ou non, et traduit bien leur façon de concevoir le leadership, soit un leadership éthique et collectif sur lequel nous reviendrons plus loin.

La création de la collaboration et des alliances implique la mise en œuvre de la capacité à communiquer. C'est le thème de la prochaine division.

1.3.2 Communiquer : une parole éthique respectueuse des personnes

Les résultats de notre étude montrent que parmi les activités que l'infirmière leader clinique effectue au quotidien, une grande partie implique la communication. Cela rejoint Clifton (2012) qui rapporte que les leaders consacrent environ 70% de leur temps à communiquer. Le moyen de communication le plus souvent utilisé par l'infirmière leader clinique est la parole. L'examen des résultats permet de constater l'importance des apprentissages de l'infirmière leader clinique en lien avec le développement de sa capacité à s'exprimer au moyen de la parole. Ses apprentissages en lien avec la parole ont été faits davantage en contextes non formels ou informels, par exemple en observant des

personnes significatives maîtrisant le bon usage de la parole, en apprenant par essais et erreurs, ou encore en ayant grandi avec des parents encourageant leurs enfants à exprimer clairement leurs idées. L'examen des résultats permet aussi de constater que l'infirmière leader clinique a développé non seulement des capacités à utiliser la parole, à dire les choses, mais elle a aussi développé la manière d'être pour bien les dire. L'infirmière leader clinique a développé des façons d'utiliser la parole de manière judicieuse, une parole que nous qualifions d'éthique. L'ouverture d'esprit et la souplesse dont fait preuve l'infirmière leader clinique sont de précieux alliés lorsqu'il s'agit de mettre en œuvre une parole éthique, respectueuse des personnes.

La parole n'est pas toujours utilisée de manière éthique. Bouquet (2012) parle de « mésusages » de la parole lorsqu'il s'agit de parole creuse, taylorisée ou technique, intempestive ou inadaptée, dominante ou de pouvoir, de manipulation ou violente. Nous qualifions d'éthique la parole de l'infirmière leader clinique dans le contexte de notre étude car nous l'associons à l'autre parole que décrit Bouquet (2012), c'est-à-dire la parole authentique ou libératrice, la parole réciproque, la parole de débat et la parole sociale.

Quelle que soit la raison pour laquelle elle s'exprime, par exemple, pour influencer, pour mobiliser les gens, pour stimuler la réflexion, pour encourager quelqu'un à s'exprimer ou pour initier une discussion en équipe à propos d'un problème rencontré, l'infirmière leader clinique manifeste sa capacité à s'exprimer au moyen de la parole. Pour Bouquet (2012), qui s'intéresse à l'utilisation de la parole chez les intervenantes et intervenants en service social, les compétences langagières doivent faire partie des compétences professionnelles. Les compétences langagières sont actualisées dans « la volonté et la recherche d'une parole authentique et d'une parole réciproque, paroles qui se situent dans une ébauche d'action et qui ouvrent à la parole sociale » (p. 39). Toujours selon Bouquet (2012), cette parole permet « la réalisation de l'être, la communication, l'échange » (p. 40). C'est en ce sens que nous qualifions d'éthique la parole de

l'infirmière leader clinique. L'infirmière leader clinique ne qualifie pas, elle-même, sa parole comme étant une parole éthique : il s'agit d'une information qui ressort de nos résultats.

En considérant le développement de l'infirmière leader clinique dans une perspective tout au long de la vie et dans tous les aspects de la vie, nous avons constaté qu'elle a développé une capacité à surmonter les difficultés rencontrées. C'est ce dont nous discutons maintenant.

1.3.3 Surmonter les difficultés : être l'organisatrice de sa propre vie

Lorsque l'on examine nos résultats quant au développement de l'infirmière leader clinique tout au long de la vie et dans tous les aspects de la vie, il apparaît que celle-ci a rencontré et rencontre encore des difficultés de toutes sortes qu'elle a réussi et qu'elle réussit encore à surmonter. Deux éléments ressortent particulièrement : 1) au cours de son développement, l'infirmière leader clinique se trouve dans une démarche pour mieux se connaître et elle construit une cohérence individuelle et 2) elle arrive à modifier le cadre dans lequel ses expériences se produisent, c'est-à-dire qu'elle est capable d'apporter des changements dans son environnement, et ce, pour continuer de respecter sa cohérence individuelle et poursuivre son développement.

D'après les résultats obtenus dans notre étude, l'infirmière leader clinique se connaît bien, elle est fière de son autonomie et a besoin de sentir qu'elle conduit sa propre vie. En référant à cet état subjectif, Alheit et Dausien (2005) parlent du sentiment d'« être l'organisatrice de sa propre vie ». L'infirmière leader clinique assume la responsabilité de sa vie, de son propre bien-être, tout en ne compromettant pas celui des autres mais au contraire, en l'encourageant. Elle a une cohérence individuelle, qui se traduit par une manière d'être. C'est par cette manière d'être et par le développement de son ouverture d'esprit, de sa souplesse et de sa créativité, que l'infirmière leader clinique est arrivée et arrive encore à trouver des façons qui lui conviennent de surmonter les difficultés.

L'infirmière leader clinique ne subit pas les choses. Elle a confiance en elle et en son jugement. Nous avançons qu'elle est capable d'apporter des changements importants voire drastiques lorsque le cadre dans lequel ses expériences se produisent ne lui convient plus, lorsqu'il n'est plus compatible avec sa cohérence individuelle. Il arrive souvent que l'infirmière leader clinique puisse modifier ses conditions de travail ou du moins, qu'elle puisse modifier sa façon de les percevoir afin que son travail lui paraisse plus agréable. Mais lorsque cela n'est plus possible, c'est-à-dire lorsqu'après réflexion elle constate que ni les conditions dans cet environnement de travail, ni la façon de les percevoir ne peuvent être modifiées, elle est alors capable de changer complètement de travail : elle modifie en quelque sorte le cadre dans lequel ses expériences se situent. Alheit et Dausien (2005) parlent de la capacité d'une personne à remodeler les contours de sa vie. Ces auteurs soutiennent que c'est grâce à la perlaboration de l'expérience vécue, c'est-à-dire la réflexion approfondie à propos d'une expérience vécue et l'intégration des apprentissages qui en découlent, qu'une personne peut arriver à modifier le cadre dans lequel ses expériences se situent. Ils ajoutent que lorsqu'une personne arrive à modifier ce cadre, c'est-à-dire quand elle arrive à remodeler les contours de sa vie, elle manifeste ce qu'ils appellent une qualification clé pour notre époque, c'est-à-dire la « biographicité ».

Nous avançons que la modification du cadre dans lequel les expériences de l'infirmière leader clinique se situent, par exemple un changement de travail, est un moyen, pour l'infirmière leader clinique, de trouver ailleurs, dans un cadre différent, une meilleure correspondance entre son travail et sa cohérence individuelle. En référant à Alheit et Dausien (2005) qui associent l'apprentissage biographique à l'articulation entre l'individuel (la subjectivité) et le social (la structure), nous avançons qu'il s'agit, pour chaque infirmière leader clinique, de trouver ce qui lui convient, ce qui lui permet un développement optimal. Ainsi, l'infirmière leader clinique apprend et se développe, tout au long de la vie et dans tous les aspects de la vie, en combinant l'individuel et le social, c'est-à-dire en articulant sa cohérence individuelle (subjectivité) et le cadre social dans

lequel ses expériences se produisent (structure). À cet égard, nous rejoignons Alheit et Dausien (2005).

Les résultats de notre recherche indiquent aussi que le développement de l'infirmière leader clinique, considéré dans une perspective tout au long de la vie et dans tous les aspects de la vie, met à jour des prises de conscience décisives qui ont mené à des changements importants, autant dans la vie personnelle que professionnelle. Ces prises de conscience décisives ont contribué au développement de la capacité à surmonter les difficultés. Elles ont permis à l'infirmière leader clinique de délaisser des comportements pouvant compromettre son développement et d'en adopter de nouveaux, plus constructifs, pour réagir aux difficultés. DeRue *et al.* (2012) attribuent cette adoption de comportements plus appropriés à l'agilité d'apprentissage. Alheit et Dausien (2005) expliquent l'adoption de ces nouveaux comportements en recourant à la perlaboration de l'expérience vécue. En effet, selon ces auteurs, lorsque que l'apprenant réfléchit sur ses expériences et qu'il intègre les apprentissages qui en découlent, il peut se libérer des mécanismes répétitifs qui entraînent le maintien de comportements inadéquats. Dans la théorie de l'apprentissage biographique (Alheit, 2009; Alheit et Dausien, 2005), cette façon de concevoir l'apprentissage présuppose que l'apprenant possède une très bonne capacité de réflexion sur ses expériences et qu'il peut identifier des apprentissages, ce qui à notre avis n'est pas toujours le cas. Nous estimons qu'il peut y avoir des apprentissages sans perlaboration de l'expérience vécue. D'ailleurs, Alheit et Dausien (2005) prennent soin de préciser que beaucoup de processus d'apprentissage se déroulent de manière implicite, c'est-à-dire sans être réfléchis explicitement. Toutefois, pour ces auteurs, ce sont les apprentissages qui résultent d'une réflexion explicite qui peuvent conduire à des changements significatifs.

Avant de terminer la présente section sur le développement de l'infirmière leader clinique tout au long de la vie, nous devons ajouter le point suivant. Au-delà de l'expression de la singularité de chaque infirmière leader clinique, au-delà de l'expression

de son unicité, il y a quelque chose de central, présent chez toutes les participantes : une forte posture éthique. Dans le domaine de la santé, l'éthique est au cœur des pratiques professionnelles. En tant que professionnelle de la santé, l'infirmière veut assurer le maintien de la dignité des personnes, des familles, des groupes ou des communautés soignées, et ce, en s'efforçant de continuer à dispenser des soins empreints de respect, de bienveillance et d'équité malgré des conditions de travail souvent difficiles. Nous avançons que l'infirmière leader clinique en soins communautaires, d'abord une infirmière, est mue par ces principes éthiques; ils sont enracinés en elle et lui permettent d'exercer un leadership conséquent, c'est-à-dire un leadership éthique. Ainsi, les comportements de l'infirmière leader clinique en soins communautaires sont fortement teintés d'altruisme, un attribut que Day *et al.* (2014) associent au leadership éthique, et ces comportements semblent être inspirés par des principes tels que le respect et le sens du service, la justice, l'honnêteté et la volonté de construire une communauté avec les autres. Selon Knights (2016), il s'agit des principes généralement retrouvés dans les écrits lorsqu'il est question de leadership éthique. Ce leadership éthique est en accord avec la cohérence individuelle de l'infirmière leader clinique.

Les résultats obtenus montrent que dans notre étude, le leadership clinique infirmier est collectif et éthique. C'est un leadership de proximité auquel les personnes en interaction sont appelées à contribuer. Ce leadership se déploie au moyen d'une logique d'action que l'infirmière leader clinique met en place, avec les autres. Dans la prochaine section, nous discutons des résultats de notre étude quant au développement de ce leadership clinique infirmier collectif et éthique.

2. LE DÉVELOPPEMENT DU LEADERSHIP CLINIQUE INFIRMIER : PROCESSUS DE CRÉATION DU NOUS EN UNE COHÉRENCE COLLECTIVE POUR UN LEADERSHIP ÉTHIQUE

Cette section concerne les composantes de la logique d'action que l'infirmière leader clinique met en place, dans son environnement, pour permettre le développement

du leadership clinique infirmier en soins communautaires. Elle comprend quatre sous-sections, soit une pour chacune des composantes.

Les composantes de cette logique d'action, à savoir a) établir la confiance, b) assurer la crédibilité, c) collaborer et faire des alliances et d) utiliser la parole, ne doivent pas être vues comme une démarche individuelle de l'infirmière leader clinique pour entraîner les personnes qui la suivent. Chacune de ces composantes sous-entend l'implication des personnes en interaction dans le milieu de travail. Ainsi, chacune participe à l'établissement de la confiance, chacune contribue à assurer la crédibilité, la sienne et celle de l'équipe, chacune est appelée à collaborer et à faire des alliances et, enfin, chacune est appelée à utiliser la parole et il s'agit d'une parole réciproque. De plus, ajoutons que nous présentons ces composantes de manière linéaire, mais il ne s'agit pas d'étapes devant être effectuées l'une après l'autre. Dans la réalité, l'ordre des composantes peut changer en fonction des contextes. Nous discutons maintenant de ces composantes en faisant ressortir ce qui nous semble être les points saillants pour chacune, particulièrement pour ce qui est des liens, mis à jour dans notre étude, avec le développement du leadership clinique collectif et éthique.

2.1 Établir la confiance

Les résultats de notre étude révèlent que l'infirmière leader clinique accorde beaucoup d'importance à la confiance, dans le développement du leadership clinique infirmier : avoir confiance en soi, être fiable ou mériter la confiance des autres, permettre que les autres aient confiance en eux, créer un climat de travail dans lequel il existe une confiance mutuelle entre les personnes, avoir confiance en l'organisation, avoir confiance en l'avenir. Les résultats de notre étude indiquent clairement que l'infirmière leader clinique vise l'installation d'un climat de travail sain et fait en sorte que tous et toutes participent à la création de celui-ci. Il s'agit d'installer, ensemble, un climat de travail empreint de respect chaleureux, d'équité, d'honnêteté, et même d'humour, et ce, afin que les interactions soient saines et qu'il y ait le moins de stress possible. Nous y voyons un

lien avec le modèle conceptuel du développement et maintien du leadership infirmier de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2013), qui est issu de travaux visant spécifiquement la création de milieux de travail sains.

L'infirmière leader clinique aime son travail, elle y croit et elle cherche à ce que les membres de l'équipe manifestent de l'engagement dans ce qu'ils font. Pour l'infirmière leader clinique, cela est tributaire de l'établissement de la confiance. Selon West *et al.* (2014), la promotion d'un climat de travail positif et le développement de relations de confiance permettent d'augmenter l'engagement des personnes au travail. Ces auteurs soutiennent que l'engagement des personnes dans leur travail est un élément clé pour le leadership collectif.

De plus, les résultats de notre recherche montrent que l'infirmière leader clinique manifeste un fort engagement pour l'amélioration continue de la qualité des soins et des services infirmiers, pour son développement professionnel et pour celui de ses pairs, qu'elle soutient d'ailleurs fortement et concrètement. En établissant la confiance dans l'environnement de travail, l'infirmière leader clinique crée en quelque sorte un contexte propice au partage des connaissances et des expertises des personnes en interaction. En effet, selon Bavik, Tang, Shao et Lam (2018), lorsque l'on considère le partage des connaissances dans une perspective relationnelle, ce partage dépend, entre autres choses, de la confiance mutuelle entre la personne qui offre ses connaissances et la personne qui les reçoit. Pour ces auteurs, le leadership éthique est associé au partage des connaissances dans le milieu de travail car il encourage la formation de relations de confiance entre les personnes, lesquelles peuvent anticiper la reconnaissance de leur contribution au partage réciproque des connaissances.

Par ailleurs, Dinç et Gastmans (2012) déplorent que peu d'auteurs en sciences infirmières se soient intéressés au concept de confiance. Celui-ci est mis en lumière de façon importante dans les résultats de notre étude. Dans leur article sur la confiance et la fiabilité en soins infirmiers (« *trust and trustworthiness* »), Dinç et Gastmans (2012)

avancent que la confiance au sein d'une institution ou chez ses employés et les clients qu'elle dessert, peut influencer la motivation des employés, quelle que soit la profession, de même que leur compétence, la qualité des services offerts et leur utilisation.

De plus, les résultats de notre étude indiquent qu'établir la confiance peut prendre du temps. L'infirmière leader clinique, qui valorise l'établissement de la confiance, se dit persévérante lorsqu'elle croit en quelque chose. Comme elle croit en la valeur de la confiance, elle persévère pour l'établir. Pour Dinç et Gastmans (2012), la confiance est un processus dynamique, dont les niveaux peuvent varier avec le temps et qui n'est jamais acquise définitivement : la confiance est fragile et sujette à une renégociation.

Établir la confiance est l'une des composantes de la logique d'action que l'infirmière leader clinique met en place pour le développement du leadership clinique infirmier collectif et éthique. Voyons maintenant ce qu'il en est pour la composante assurer la crédibilité.

2.2 Assurer la crédibilité

La crédibilité de l'infirmière leader clinique est reconnue par les personnes avec qui elle est en interaction. L'infirmière leader clinique croit en la valeur du travail infirmier, en sa crédibilité. Elle vise l'amélioration continue de la qualité des soins et des services et, pour elle, cela passe par l'amélioration continue de la compétence professionnelle, la sienne et celle des autres infirmières et infirmiers. Selon Atkinson Smith (2017), les infirmières et infirmiers sont responsables de la promotion et du maintien de leur compétence professionnelle. Or, toujours selon cette auteure, l'une des qualités les plus importantes des infirmières leaders cliniques est d'assumer cette responsabilité pour elles-mêmes et d'encourager les autres à en faire autant.

Pour accroître la compétence infirmière et la crédibilité qui lui est reliée, l'infirmière leader clinique est engagée dans des activités de développement

professionnel et elle encourage fortement ses collègues à le faire aussi. En encourageant le développement professionnel de ses collègues, nous avançons que l'infirmière leader clinique favorise l'accroissement de la crédibilité professionnelle de celles-ci et de ceux-ci, ainsi que leur *empowerment*. Elle favorise aussi l'accroissement de la crédibilité du travail infirmier et de la profession infirmière. Spence Laschinger, Cummings, Wong et Grau (2014) rapportent une forte association entre une approche de leadership positif, le leadership de résonance, et l'*empowerment* en milieu de travail infirmier. Ces auteurs y associent une baisse des comportements rudes ou impolis (« *incivility* ») dans le milieu de travail. Les résultats de notre étude montrent une très forte préoccupation de l'infirmière leader clinique pour créer un climat de travail sain, favorable au développement des capacités des personnes avec qui elle est en interaction.

De plus, l'infirmière leader clinique se considère comme faisant partie d'une équipe et encourage la prise de décision en équipe. Selon Van Bogaert, Peremans, de Wit, Van heusden, Franck, Timmermans et Havens (2015), le partage de la prise de décision encourage l'accroissement de l'*empowerment* des infirmières sur le terrain (« *staff nurses* »), lequel peut conduire à l'amélioration des attitudes professionnelles et de la qualité des soins.

Nous avançons également qu'en assurant la crédibilité, l'infirmière leader clinique encourage chaque personne à participer au leadership clinique infirmier et à son développement. Nous estimons que cela permet l'accroissement de la capacité de leadership de l'organisation. Nos résultats sont cohérents avec ce qu'avancent Long *et al.* (2011) au Royaume-Uni ainsi que le groupe de leaders en santé au Canada ayant élaboré le Cadre LEADS (CHLNet, 2010), à savoir que le leadership clinique devrait être exercé par toutes les intervenantes et tous les intervenants des professions cliniques dans les organisations de santé, et ce, quel que soit le titre ou le poste occupé. Mentionnons cependant que ces auteurs n'utilisent pas les termes « leadership collectif ». Plus récemment toutefois, dans un document élaboré avec le *Center for Creative Leadership*

et dans lequel ils approfondissent le développement du leadership en soins de santé au Royaume-Uni, West *et al.* (2014) encouragent explicitement le développement du leadership collectif.

L'idée même du leadership collectif suppose la collaboration entre les personnes en interaction. C'est ce dont il est question dans la prochaine sous-section.

2.3 Collaborer et faire des alliances

Les résultats de notre étude montrent que l'infirmière leader clinique n'a pas tendance à imposer ses solutions à l'équipe ou aux personnes qu'elle soigne. Elle collabore avec elles et, au besoin, elle construit des alliances pour consolider des ententes en vue d'actions communes à poser. Ainsi, lorsqu'il s'agit des interactions avec les personnes soignées et leurs proches ou des interactions avec les partenaires de l'équipe-école, l'infirmière leader clinique en soins communautaires cherche à comprendre le point de vue des personnes qui reçoivent les services et à comprendre où elles en sont dans leur recherche d'une meilleure santé. Lorsqu'il s'agit du travail en équipe, qu'il soit intra professionnel ou interprofessionnel, l'infirmière leader clinique suscite la collaboration des collègues pour en arriver à une compréhension commune des problèmes rencontrés et des solutions à mettre en œuvre.

L'infirmière leader clinique accorde de l'importance au travail interdisciplinaire et fait tout ce qui est en son pouvoir pour qu'il soit de qualité. Puisqu'elle croit en la valeur du travail infirmier et en la profession infirmière, elle est sensible à la reconnaissance de la contribution spécifique des infirmières et infirmiers dans l'équipe interdisciplinaire ou auprès des partenaires de la communauté. Dans notre étude, l'infirmière leader clinique rapporte avoir une bonne qualité de relations interdisciplinaires ou avec les partenaires de la communauté. Par contre, la reconnaissance de la contribution spécifique des infirmières et infirmiers ne semble pas toujours à la hauteur de ce qu'elle devrait être. Selon Fealy *et al.* (2011), la mauvaise

qualité des relations interdisciplinaires, le manque de reconnaissance de la contribution spécifique des infirmières et infirmiers et le peu d'influence exercée par celles-ci et par ceux-ci dans les paliers hiérarchiques élevés d'une organisation de santé, constituent des obstacles à l'exercice du leadership clinique infirmier.

Ainsi, qu'elle exerce un leadership clinique formel ou non, les résultats de notre étude montrent que l'infirmière leader clinique cherche à créer un climat propice à la collaboration, pour la prise de décision comme pour la mise en œuvre des solutions. Chaque personne est appelée à assumer une responsabilité individuelle et collective dans ce leadership collectif. Il s'agit d'un leadership partagé. Selon D'Innocenzo, Mathieu et Kukenberger (2014), le leadership partagé est un fort prédicteur de la bonne performance d'une équipe.

La collaboration et la création d'alliances ne seraient pas possibles sans l'utilisation de la parole, une parole ouverte et éthique, permettant la réciprocité. C'est le thème développé dans la prochaine sous-section.

2.4 Utiliser la parole

Les résultats obtenus dans notre recherche montrent que l'infirmière leader clinique, très souvent en interaction avec d'autres personnes, utilise abondamment la parole, une parole éthique, respectueuse des personnes. Il s'agit d'une parole réciproque, c'est-à-dire qu'au-delà de dire les choses et de bien les dire, l'infirmière leader clinique est ouverte, à l'écoute de l'autre et désire l'entendre. Elle l'encourage à s'exprimer, comme elle encourage l'équipe à parler d'une voix commune, une voix qui porte : elle veut que la voix des infirmières et des infirmiers soit entendue car elle est convaincue de l'importance des soins infirmiers pour l'obtention du meilleur état de santé possible pour les personnes, les familles, les groupes ou les communautés.

Nous avançons que la voix des infirmières et infirmiers, encore trop peu exprimée et entendue, pourrait prendre de la vigueur si les infirmières et infirmiers exerçaient un leadership clinique infirmier en participant davantage au leadership collectif. Mais cela n'est pas facile car, comme le soulignent Cutcliffe et Cleary (2015), deux auteurs en sciences infirmières, ce dont les systèmes de santé ont le plus besoin, ce n'est pas tant de leadership clinique infirmier que d'une profonde transformation de leur culture de leadership. Il semble bien qu'au-delà du leadership clinique infirmier collectif et éthique que nous avons identifié dans notre étude, le leadership collectif ne se retrouve pas encore dans le système de santé dans son ensemble. West *et al.* (2014) préconisent le développement du leadership collectif dans le système de santé au Royaume-Uni. Ils estiment que là où existe une culture de leadership collectif, il y a un plus haut degré de dialogue, de discussion et de débat, et ce, à tous les niveaux de l'organisation, ce qui peut davantage conduire à une compréhension commune des problèmes et des solutions à mettre en œuvre. À notre connaissance, au Canada il n'y a pas d'auteurs qui préconisent le développement du leadership collectif tel que l'entendent West *et al.* (2014).

Dans notre étude, l'infirmière leader clinique vise la création d'un climat de travail qui encourage la confiance, le dialogue et la discussion. Pour Habermas (2006), la discussion est l'essence même de l'éthique. Les buts et les thèmes de dialogue et de discussion sont variés. Par exemple, l'infirmière leader clinique peut avoir recours à la discussion pour permettre à l'équipe de solutionner un problème. Nous avançons que la parole éthique respectueuse des personnes, que l'infirmière leader clinique utilise, peut contribuer à soutenir la motivation des personnes à participer à la recherche de solutions pour le problème qui est discuté. Les situations cliniques rencontrées dans la pratique infirmière sont de plus en plus complexes et peuvent nécessiter des approches ou des solutions innovantes. Nous avançons qu'en utilisant une parole éthique, en créant un climat de travail propice au dialogue et à la discussion, l'infirmière leader clinique encourage l'expression des idées de toutes et tous, plusieurs de ces idées pouvant s'avérer innovantes et fort judicieuses. Nous estimons que l'infirmière leader clinique encourage

en quelque sorte la créativité. Mayfield et Mayfield (2017) soulignent l'importance, pour un leader, de promouvoir la créativité des personnes dans les gestes de tous les jours, et non seulement la créativité des personnes dont le mandat principal est de trouver des produits ou des solutions innovantes. Ces auteurs soutiennent que dans un environnement de travail, le langage motivant du leader est lié à une perception positive des personnes quant à la possibilité d'exprimer leur créativité.

Les deux premières sections de ce chapitre nous ont permis de présenter la discussion des résultats obtenus dans notre étude quant au développement de l'infirmière leader clinique et au développement du leadership clinique infirmier. Dans la prochaine section, nous précisons les apports originaux de notre recherche.

3. LES APPORTS ORIGINAUX DE NOTRE RECHERCHE

Cette section comprend trois sous-sections. Dans la première sous-section, nous présentons l'angle sous lequel nous avons considéré le leadership clinique infirmier dans notre recherche, c'est-à-dire un phénomène social qui va au-delà de la leader ou du leader. La deuxième sous-section porte sur la méthode que nous avons utilisée, soit les récits de vie. La troisième sous-section concerne la notion de cohérence, individuelle et collective.

3.1 Le leadership clinique infirmier : au-delà de la leader ou du leader

Dans les écrits en sciences infirmières, le leadership clinique est rarement considéré comme un phénomène social comprenant une dimension intrapersonnelle (l'infirmière ou l'infirmier leader clinique) et une dimension interpersonnelle (les interactions entre les personnes pour accroître la capacité de leadership). Il existe de nombreuses définitions du leadership clinique infirmier, les auteures et auteurs ne s'entendant pas sur le phénomène dont il est question. Ces définitions portent presque toutes sur la dimension intrapersonnelle du leadership, c'est-à-dire sur l'infirmière ou l'infirmier leader clinique. Nous avons choisi de considérer cette dimension ainsi que la

dimension interpersonnelle du leadership clinique infirmier afin de mieux comprendre ce phénomène sous un aspect peu étudié mais qui nous semble important.

Dans notre étude, les résultats montrent que le leadership clinique infirmier est un leadership de proximité, où les interactions entre l'infirmière leader clinique et les autres personnes sont respectueuses, fréquentes, conviviales et habilitantes. Il s'apparente à un leadership collectif, et ce, qu'il s'agisse de l'exercice d'un leadership formel ou non. L'infirmière leader clinique se considère comme un membre de l'équipe et elle a à cœur de créer et de maintenir un climat de travail agréable où chaque personne se sent respectée, en tant que personne et en tant que professionnelle pouvant contribuer à l'effort commun pour dispenser des soins de la meilleure qualité possible. Nous estimons que, dans notre étude, le leadership clinique infirmier s'apparente au leadership collectif que les auteurs en sciences infirmières Harris et Mayo (2018) qualifient de « leadership transformationnel post-héroïque » parce que l'amélioration des comportements des personnes et les résultats ne reposent pas sur l'action d'un leader unique, aussi héroïque ou influent soit-il, mais plutôt sur une action collective, chaque personne étant appelée à prendre part au leadership. Dans l'esprit d'Arendt, il s'agit d'un retour à l'origine première du leadership, à savoir que c'est une action collective (dans Gardiner, 2018).

Selon Harris et Mayo (2018), lorsque l'on compare le leadership transformationnel, très valorisé en soins infirmiers, et le leadership transformationnel post-héroïque, ce dernier permet un meilleur équilibre dans la structure hiérarchique d'une organisation car il repose moins sur l'action d'une seule personne, le leader transformationnel, et davantage sur un groupe de personnes. Toujours selon ces auteurs, dans le leadership transformationnel post-héroïque, on retrouve une proximité et une accessibilité entre les personnes, une préoccupation sincère les uns pour les autres, une augmentation de l'*empowerment* des membres de l'équipe ou celui des partenaires. Ces auteurs associent le leadership transformationnel post-héroïque au leadership collectif et soutiennent que celui-ci devrait conduire à des changements positifs et à de l'innovation.

De plus, Harris et Mayo (2018) soulignent que le leadership non formel, encore peu étudié en soins infirmiers, est compatible avec cette façon de considérer le leadership et qu'il devrait être davantage encouragé. En ce sens, nous estimons que notre étude contribue à une meilleure connaissance du leadership clinique infirmier, qu'il soit formel ou non.

Le lien entre l'infirmière leader clinique et les personnes avec qui elle est en interaction dans son environnement de travail n'est pas de nature « leader-*followers* ». Ou s'il l'est, c'est dans une perspective post-structuraliste à la manière de Collinson (2005) pour qui les rôles de leader et de *followers* sont interchangeables selon les caractéristiques et les besoins dans les situations professionnelles rencontrées. Les résultats de notre étude indiquent qu'il s'agit davantage d'interactions d'égal à égal où chacun prend part au collectif et assume une responsabilité et une imputabilité individuelle et collective. Le « collectif » dont il est question est formé des personnes en interaction les unes avec les autres : ce peut être, par exemple, les membres de l'équipe soignante, ou l'infirmière et les autres membres de l'équipe interdisciplinaire, ou l'infirmière scolaire avec l'équipe-école, ou encore l'infirmière et la personne qu'elle soigne et ses proches. D'ailleurs, Ruderman (2012, dans le Rapport annuel 2011-2012 du *Center for Creative Leadership*) soutient que le développement du leadership est en train de « passer d'une approche basée sur les compétences à une approche visant à comprendre ce que signifie faire partie du leadership » (p. 5).

S'exprimant sur le leadership collectif dans les organisations de santé, West *et al.* (2014) affirment que l'une des fonctions des leaders, qui à leurs yeux doivent se retrouver à tous les niveaux d'une organisation, est de faire en sorte que les intervenantes et intervenants adoptent, dans leur travail clinique, des rôles liés à l'exercice du leadership et assument la responsabilité, individuelle et collective, de dispenser des soins sécuritaires, efficaces, de qualité supérieure et empreints de compassion pour les personnes qui utilisent les services. Pour ces auteurs, il ne s'agit pas de relations leader-*followers*. Ils rejoignent en quelque sorte la position de Collinson (2005).

Après avoir présenté ce qui nous semble un premier apport des résultats de notre recherche aux connaissances sur notre objet d'étude, nous en présentons un deuxième.

3.2 Les récits de vie pour l'étude du leadership clinique infirmier, son développement et celui de l'infirmière ou l'infirmier leader clinique

Le recours aux récits de vie nous a permis de mieux comprendre le leadership clinique infirmier en tant que phénomène social, le développement de ce leadership ainsi que le développement de l'infirmière leader clinique tout au long de la vie et dans tous les aspects de la vie. À notre connaissance, il n'existe qu'une seule autre étude ayant eu recours aux récits de vie d'infirmières leaders : c'est celle de Schim (1997), que nous avons présentée dans la recension des écrits. Rappelons que cette étude visait à mieux comprendre l'expérience de leadership de cinq infirmières séniores ayant travaillé en soins communautaires, âgées entre 60 et 90 ans et ayant occupé des postes hiérarchiques très élevés. En comparaison, les participantes à notre recherche sont des infirmières qui exercent un leadership clinique infirmier formel ou non, un leadership de proximité dont la qualité est reconnue par les pairs. L'approche avec laquelle nous avons utilisé les récits de vie dans notre étude, c'est-à-dire avec un regard à la fois en éducation (Dominicé, 2007) et en sociologie (Bertaux, 2016), a permis de mieux comprendre le développement personnel et professionnel de l'infirmière leader clinique tout au long de la vie et dans tous les aspects de la vie, ainsi que le développement du leadership clinique infirmier, lorsque celui-ci est considéré comme un phénomène social.

Dans notre étude, l'analyse des récits de vie recueillis a permis de mettre en lumière les notions de temporalité, d'unicité de la personne et de complémentarité entre des apprentissages effectués en contextes formels, non formels ou informels. Le développement du leadership et du leader demande du temps. Les conclusions de Day *et al.* (2014) vont aussi en ce sens. Le développement du leadership et du leader s'effectue dans toutes sortes de contextes et à différents âges de la vie. L'analyse des récits de vie nous a permis de repérer, chez des participantes à la recherche, des manifestations de

comportements de leadership durant l'enfance et à l'adolescence. Murphy et Johnson (2011) déplorent la trop grande attention portée au développement du leadership et du leader en considérant l'âge adulte seulement, et recommandent l'utilisation d'une approche biographique pour étudier ce développement. Ces auteures estiment que sans une meilleure connaissance du développement du leadership et du leader tout au long de la vie, les pratiques de développement du leadership n'atteindront jamais leur plein potentiel.

Après avoir discuté de notre approche méthodologie comme deuxième apport des résultats de notre recherche, nous présentons maintenant un autre aspect qui nous semble aussi contribuer à l'avancement des connaissances sur notre objet d'étude.

3.3 Le développement de l'infirmière ou l'infirmier leader clinique et celui du leadership clinique infirmier : une question de cohérences

Les résultats de notre étude montrent qu'à mesure qu'une personne apprend et se développe, elle construit ce que nous avons appelé une cohérence individuelle. Elle ne fait pas ou elle fait peu de distinction consciente entre les apprentissages formels, non formels ou informels. Selon Alheit et Dausien (2005), la biographie a justement pour propriété de réassembler en une figure de sens particulière les domaines d'expériences que les découpages institutionnels et sociaux séparent. La personne vit, apprend et réassemble ses apprentissages en une figure de sens particulière, cohérente pour elle. La personne se construit et, dans le cas de notre étude, elle se développe en tant qu'infirmière leader clinique. Elle est dans ce que nous avons appelé un processus de création de soi personnel et professionnel. Le sens que la personne donne à ses expériences ou à ses apprentissages ainsi que les comportements qu'elle manifeste dépendent des caractéristiques personnelles de l'infirmière leader clinique, de ses valeurs ou de ses croyances, de ses interactions avec les autres ainsi que des expériences qu'elle rencontre ou qu'elle a rencontrées. Nous avançons que tout cela contribue à la construction de la cohérence individuelle. Autant chaque personne ou chaque parcours de vie est unique,

autant la cohérence individuelle de chaque personne l'est. C'est en quelque sorte la signature ou l'individualité d'une personne, et nous estimons qu'elle résulte de l'apprentissage biographique. Alheit et Dausien (2005) réfèrent à ce phénomène en tant que « logique individuelle ».

La cohérence individuelle influence la conception même du leadership ainsi que les manières de s'y prendre pour l'exercer. Rappelons qu'à l'annexe J nous présentons, à titre d'exemple, la cohérence individuelle d'une des participantes à la recherche; nous exposons les liens entre la cohérence individuelle, la conception du leadership clinique infirmier et les manières de s'y prendre pour l'exercer. Les résultats de notre étude montrent que l'infirmière leader clinique exerce un leadership clinique infirmier « comme elle est ». Nous voyons un lien entre ces résultats et le modèle ontologique de développement du leader et du leadership que proposent Erhard, Jensen et Granger (2010). Pour ces auteurs, l'approche à privilégier pour le développement des leaders est de les laisser agir en tant que leader, de les laisser s'exercer à devenir des leaders, et ce, à leur façon, en suivant leur propre nature (« *their natural self-expression* »). L'infirmière leader clinique exerce un leadership clinique infirmier « comme elle est », c'est-à-dire à sa façon selon sa cohérence individuelle, mais tout en appliquant la logique d'action qui permet le développement du leadership clinique infirmier, et ce, quel que soit le secteur d'activité clinique en soins communautaires et que l'exercice de ce leadership soit formel ou non.

De plus, nous avançons qu'à mesure que le leadership clinique infirmier se développe, il y a construction d'une « cohérence du nous », laquelle soutient ce que nous appelons la cohérence collective pour l'action. Nous estimons que la cohérence du nous résulte d'une construction commune du sens, grâce à la mise en accord des cohérences individuelles, et non grâce à l'imposition d'une façon de penser unique à laquelle toutes les personnes en interaction dans un milieu donné devraient adhérer. Il ne s'agit pas d'imposer une culture organisationnelle, aussi forte soit-elle, ou quel qu'autre culture

établie. Il s'agit plutôt de créer ensemble une cohérence commune, celle du nous, celle qui convient au collectif, celui-ci étant composé de l'infirmière leader clinique et des personnes avec qui elle est en interaction au travail. Ainsi, le collectif peut être constitué par l'infirmière et les membres de l'équipe soignante, ou par l'infirmière et les autres membres de l'équipe interdisciplinaire, ou par l'infirmière scolaire et l'équipe école, ou encore par l'infirmière et la personne qu'elle soigne, ses proches et les autres intervenantes ou intervenants impliqués. Notons que dans la cohérence collective, la recherche du consensus à tout prix n'est pas mise de l'avant. Il y a plutôt cohabitation de points de vue différents, de talents différents, de personnes différentes, que le sens de la mission du collectif, les objectifs à atteindre et la démarche pour y arriver rassemblent.

La cohérence collective résulte de la mise en accord des cohérences individuelles, c'est-à-dire de la réunion des unicités de chaque personne, de la réunion de leur individualité. Grâce à sa manière d'être et aux capacités qu'elle a développées tout au long de la vie et dans tous les aspects de la vie, nous avançons que l'infirmière leader clinique réussit à harmoniser les cohérences individuelles, la sienne avec celles des personnes avec qui elle est en interaction. Nous estimons que la cohérence collective est nécessaire à l'action concertée, laquelle vise la santé ou le mieux-être des personnes soignées, des familles, des groupes ou des communautés.

Après avoir présenté les apports originaux de notre recherche aux connaissances sur notre objet d'étude, nous la situons maintenant dans la thématique du doctorat en éducation, c'est-à-dire dans l'interrelation entre la recherche, la formation et la pratique.

4. LA SITUATION DE NOTRE ÉTUDE DANS LA THÉMATIQUE DU DOCTORAT EN ÉDUCATION

Dans un contexte où nous considérons que l'apprentissage se produit tout au long de la vie et dans tous les aspects de la vie, nous estimons que l'interrelation entre les pôles recherche, formation et pratique est forte. En effet, chacun des pôles alimente les autres

pour permettre le changement et l'évolution. En ce sens, dans la présente section nous précisons la manière dont notre étude est située dans la thématique du doctorat en éducation.

Le point de départ de notre étude se situe au niveau du pôle pratique, c'est-à-dire dans la pratique infirmière. Notre connaissance de cette pratique ainsi que de nombreux commentaires d'infirmières et d'infirmiers nous ont permis de constater que le leadership clinique infirmier est, peut-être plus que jamais, essentiel en cette ère de bouleversements et de révision des modes de fonctionnement des organisations de soins de santé. Or, la compréhension actuelle du leadership clinique infirmier est très incomplète. Pour contribuer à une meilleure compréhension du leadership clinique infirmier et en particulier à une meilleure compréhension de son développement et du développement de l'infirmière ou l'infirmier leader clinique, la consultation d'écrits du côté du pôle recherche a été indispensable, comme l'a été la consultation d'infirmières exerçant ce leadership et étant toujours dans la pratique active des soins infirmiers. C'est ainsi que le pôle pratique a alimenté le pôle recherche, et que celui-ci a alimenté à son tour le pôle pratique grâce à la création de liens avec les infirmières et infirmiers et par la communication des résultats de notre recherche qui peuvent s'avérer pertinents pour la pratique, dans des revues professionnelles.

Les résultats de notre recherche sur le développement du leadership clinique infirmier et celui de l'infirmière leader clinique sont appelés à être utilisés dans la formation infirmière, qu'elle soit initiale ou continue. Dans notre recherche, le développement du leadership clinique infirmier et celui de l'infirmière leader clinique sont considérés dans une perspective d'apprentissage tout au long de la vie et dans tous les aspects de la vie. Nous avons pu apprécier la synergie résultant de la complémentarité entre les apprentissages effectués en contextes formels, non formels ou informels. Certains résultats de notre étude sont transposables dans la formation initiale, d'autres dans la formation continue. Une chose demeure : nous estimons que dans la formation

initiale comme dans la formation continue, il s'agit de développement personnel et professionnel. La formation ne devrait pas seulement viser le développement professionnel et mettre la personne de côté. Par ailleurs, avec ou sans l'utilisation de résultats de recherche dans la formation, de nouveaux problèmes sont mis en lumière, ce qui alimente le pôle recherche. Dans le cadre de notre étude, la proximité entre le pôle formation et le pôle recherche est aussi importante que celle retrouvée entre le pôle pratique et le pôle recherche, et ce, parce que dans les deux cas, la recherche vise la production des connaissances sur des enjeux issus de problèmes concrets.

La formation infirmière, qu'elle soit initiale ou continue, doit être en lien direct avec la pratique. Il s'agit de préparer des infirmières et infirmiers capables non seulement de dispenser des soins de haute qualité dans le contexte de pratique actuel, mais aussi dans les contextes à venir. Il nous semble important que les infirmières et infirmiers soient formés de façon telle qu'elles et qu'ils actualisent au mieux les processus liés au leadership clinique infirmier, à son développement et à celui de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique. Ainsi, les infirmières et infirmiers seraient, d'une part, davantage en mesure de s'adapter aux attentes qu'exige leur fonction et, d'autre part, davantage capables de créer des milieux de pratique plus sains, propices à la dispensation de soins de haute qualité avec ou malgré les contraintes structurelles.

Cela nous ramène au pôle pratique, lequel alimente le pôle recherche avec de nouveaux problèmes à résoudre ou des situations qu'il faut mieux comprendre, dont les résultats pourront être utilisés dans la formation en vue de l'améliorer et d'améliorer la pratique. Et le cycle reprend. Mais ce n'est pas tourner en rond, c'est plutôt additionner les cycles dans un processus d'évolution, un peu comme le fait une spirale évolutive. L'apprentissage se poursuit tout au long de la vie et dans tous les aspects de la vie : les résultats de notre recherche montrent que nous sommes d'éternels apprenants!

CONCLUSION

L'objectif de notre recherche était de décrire les processus de développement du leadership clinique infirmier et ceux liés au développement de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique, dans une perspective biographique tout au long de la vie, selon des infirmières ou infirmiers reconnus par leurs pairs pour la qualité de leur exercice de ce leadership en soins communautaires, qu'il soit formel ou non formel, c'est-à-dire reliés ou non à un poste de gestion. Nous estimons avoir atteint notre objectif. En effet, la générosité notable des dix participantes à la recherche a permis une utilisation optimale des récits de vie pour mieux comprendre notre objet d'étude. Nous présentons la conclusion de notre recherche sous trois aspects : notre perspective sur l'ensemble de la recherche, les limites de notre étude et nos recommandations pour la suite des choses.

Perspective sur l'ensemble de la recherche

Dans cette recherche en éducation où nous avons considéré le développement personnel et professionnel de l'infirmière leader clinique dans une perspective biographique tout au long de la vie et dans tous les aspects de la vie, nous avons constaté que plusieurs processus de développement demandent du temps et plusieurs font appel à une synergie entre des apprentissages effectués dans des contextes formels, non formels ou informels. Les principaux processus impliqués dans le développement de l'infirmière leader clinique réfèrent à la confiance en soi et en la profession infirmière, à la crédibilité professionnelle, à la capacité à collaborer et à faire des alliances, à communiquer et à surmonter les difficultés. Nous estimons que ce regard sur le développement de l'infirmière leader clinique dans une perspective biographique, très rarement abordé dans les recherches en sciences infirmières, renouvelle la manière de comprendre le

développement de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique dans la formation initiale ou continue.

De plus, il ressort de notre étude que le leadership clinique infirmier exercé par l'infirmière leader clinique en soins communautaires, qu'il soit formel ou non, est un leadership de proximité, collectif et éthique. Les processus que l'infirmière leader clinique met en place dans l'environnement de travail pour que ce leadership se développe, implique la participation des personnes en interaction dans cet environnement. Il s'agit moins d'un leadership de type *leader-follower* que d'un leadership partagé. L'infirmière leader clinique en soins communautaires met en place une logique d'action impliquant l'établissement de la confiance, l'assurance d'une crédibilité, la collaboration et les alliances ainsi que l'utilisation de la parole, une parole éthique, réciproque. Nous croyons que ce regard sur le développement du leadership clinique infirmier considéré comme un phénomène social, rarement utilisé dans les recherches sur le leadership clinique infirmier et sur son développement, contribue à mieux comprendre le développement du leadership clinique centré sur la leader ou le leader, plus fréquemment retrouvé dans les écrits en sciences infirmières.

Enfin, en considérant le leadership clinique infirmier comme un phénomène social, nous avons examiné, comme le recommandent Dinh *et al.* (2014), les différents niveaux d'analyse du leadership, à savoir le niveau individuel (l'infirmière leader clinique), le niveau dyadique (l'infirmière leader clinique et une autre personne), le niveau du groupe (l'équipe) et le niveau de l'organisation. Cependant, comme toute recherche, la nôtre comprend des limites, que nous présentons ici.

Les limites de notre étude

Nous devons souligner l'homogénéité du groupe de participantes, toutes des infirmières québécoises d'origine caucasienne, dont la pratique se situe dans les secteurs des soins communautaires en CLSC, en banlieue de Montréal. Toutes les participantes

exercent un leadership clinique de proximité, c'est-à-dire là où les soins sont dispensés. Il n'y avait pas de participantes exerçant un leadership à un haut niveau hiérarchique. Les critères que nous avons soumis aux infirmières et infirmiers des CLSC pour l'identification d'infirmières ou d'infirmiers leaders clinique exerçant un leadership de qualité, pourraient avoir mené à l'identification de personnes côtoyées au quotidien, c'est-à-dire des infirmières exerçant un leadership clinique de proximité, formel ou non. Rappelons que les critères utilisés étaient ceux que Kouzes et Posner (1995) qualifient de pratiques de leadership exemplaire, c'est-à-dire : remettre en question les façons de faire, inspirer une vision commune, agir comme modèle de rôle, permettre aux autres d'agir et, enfin, manifester de l'humanisme, par exemple en entretenant le moral de l'équipe. De plus, les récits de vie ont été reconstitués par la doctorante à partir du verbatim des entretiens avec les participantes : cela pourrait avoir mené à une impression d'uniformité du langage des participantes. Enfin, la cohérence individuelle de chaque participante pourrait être davantage celle du récit de vie reconstitué que celle, intrapersonnelle, de chaque participante. En fonction de l'expérience de notre recherche, quelques recommandations peuvent être dégagées.

Les recommandations

Nous formulons quelques recommandations. Pour la recherche, par exemple, nous recommandons de continuer d'utiliser les récits de vie pour étudier le développement de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique, le leadership clinique infirmier et son développement. Il pourrait être pertinent de poursuivre le présent travail de recherche en approfondissant la question des étapes que les infirmières leaders franchissent, tout au long de la vie et dans tous les aspects de la vie, pour devenir des infirmières qui exercent un leadership dont la qualité est reconnue par les pairs. Aussi, il serait intéressant d'utiliser la méthode des récits de vie dans des contextes autres que les soins communautaires ou auprès d'autres personnes, par exemple, des infirmières ou infirmiers occupant un poste hiérarchique plus élevé dans l'organisation, des hommes exerçant un leadership clinique

infirmier formel ou non, des personnes issues de communautés culturelles exerçant un leadership clinique infirmier, formel ou non. De plus, il serait intéressant de recourir à la méthode des récits de vie pour approfondir la thématique de la « cohérence individuelle » dans le développement des personnes.

Pour ce qui est des recommandations pour la formation, initiale ou continue, nous débutons par nos recommandations pour les établissements de formation infirmière, c'est-à-dire pour ce qui concerne les apprentissages effectués en contextes formels. Nous estimons qu'il est important que les personnes impliquées dans l'enseignement soient davantage sensibilisées au fait que chaque étudiante et que chaque étudiant a un cheminement de vie unique et qu'elle ou qu'il a sa propre façon d'apprendre, sa propre façon de donner du sens aux nombreux apprentissages qu'elle ou qu'il fait et que les apprentissages effectués dans l'établissement de formation, bien que d'une grande valeur, ne sont peut-être pas ceux qui sont les plus importants à ses yeux. La formation infirmière initiale est un épisode dans un cheminement d'apprentissage tout au long de la vie et dans tous les aspects de la vie.

Ensuite, nous recommandons que dans la formation initiale, le leadership clinique infirmier soit présenté comme un phénomène social, une action collective à laquelle toutes les infirmières et tous les infirmiers sont appelés à participer plutôt que comme un talent ou un atout non accessible à tous. De plus, nous recommandons de faire une distinction claire entre la gestion et le leadership et entre le leader et le leadership, ce qui pourrait permettre aux étudiantes et étudiants en formation infirmière initiale d'avoir une meilleure compréhension des rôles de chacun au sein d'une organisation, et ce, à tous les niveaux. Toutes et tous sont appelés à contribuer à l'accroissement de la capacité de leadership de l'organisation, chacune et chacun à sa manière, selon sa cohérence individuelle et selon son rôle; certaines personnes assument davantage de responsabilités organisationnelles que d'autres, mais toutes devraient participer au leadership.

Notre troisième recommandation pour la formation concerne les programmes ou les stratégies pédagogiques dans la formation infirmière initiale. Il serait souhaitable que les activités pour encourager le développement de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique ne soient pas confinées à un seul cours dans un programme, mais qu'elles soient aussi réparties explicitement dans différents cours. Par exemple, le développement de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique pourrait être abordé dans un cours d'éthique, étant donné l'importance de plus en plus grande accordée au leadership éthique. Aussi, le développement du leadership clinique infirmier et celui de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique pourraient être encouragés davantage lors des stages, et ce, dès le premier stage auquel participent les étudiantes et étudiants. Des efforts en ce sens sont actuellement en cours, mais il faut poursuivre. Il ne s'agit pas de viser à ce chaque stagiaire exerce une influence immédiate dans son milieu de stage, mais de l'amener à mieux comprendre ce que signifie faire partie du leadership et comment on y arrive. De plus, les programmes de formation infirmière initiale incluent déjà des activités d'apprentissage visant à développer la crédibilité professionnelle et la capacité à collaborer. Nous soulignons l'importance d'inclure des activités d'apprentissage en lien avec la confiance en soi et avec les compétences langagières, deux composantes que nous avons identifiées comme étant importantes dans le développement de l'infirmière leader clinique et qui nous paraissent insuffisamment valorisées dans les programmes de formation infirmière initiale actuels ou dans la formation continue. De plus, nous recommandons l'ajout d'activités d'apprentissage en lien avec le développement de l'agilité d'apprentissage, du sens politique ainsi que des habiletés à faire des rétroactions verbales constructives en dyade, ce que l'infirmière leader clinique dit devoir faire souvent et pour lesquelles elle dit ne pas avoir été suffisamment préparée.

Finalement, pour ce qui concerne les recommandations pour la pratique, nous recommandons la mise en place ou le maintien d'une culture d'apprentissage tout au long de la vie et la mise en place de stratégies pour reconnaître et soutenir le développement de l'infirmière ou de l'infirmier leader clinique dans tous les milieux. De plus, nous

recommandons que les infirmières et les infirmiers participent davantage, chacune ou chacun à sa façon et en respectant sa cohérence individuelle, au leadership clinique dans son milieu de travail. Mais pour ce faire, les infirmières et infirmiers doivent sentir qu'elles et qu'ils sont soutenus par une organisation qui encourage l'*empowerment* du personnel et qui accueille sa participation au leadership, ce qui n'est pas le cas partout, dans notre système de santé actuel encore très hiérarchisé. Comme Cutcliffe et Cleary (2015), nous reconnaissons que les systèmes de santé ont grandement besoin d'un changement profond de leur culture de leadership. Nous soutenons que le changement vers le leadership clinique collectif et éthique peut être une voie privilégiée à laquelle toutes les infirmières et toutes les infirmiers, avec les autres intervenantes et intervenants des professions cliniques, sont appelés à participer, et ce, pour soutenir au mieux la démarche des personnes, des familles, des groupes ou des communautés vers l'obtention du meilleur état de santé possible.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Alheit, P. (1994). The "biographical question" as a challenge to adult education. *International Review of Education*, 40(3), 283-298.
- Alheit, P. (1999). On a contradictory way to the "Learning Society". A critical approach. *Studies in the Education of Adults*, 31(1), 66-82.
- Alheit, P. (2009). Biographical learning – within the new lifelong learning discourse. *In Contemporary theories of learning. Learning theorists ... in their own words*. London and New York : Routledge.
- Alheit, P. et Dausien, B. (2005). Processus de formation et apprentissage tout au long de la vie. *L'orientation scolaire et professionnelle*, (34).
- Adeniran, R.K., Bhattacharya, A. et Adeniran, A.A. (2012). Professional excellence and career advancement in nursing. A conceptual framework for clinical leadership development. *Nursing Administration Quarterly*, 36(1), 41-51.
- Anonson, J., Walker, M., Arries, E., Maposa, S., Telford, P. et Berry, L. (2014). Quality of exemplary nurse leaders: perspective of frontline nurses. *Journal of Nursing Management*, 22, 127-136.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) (2013). *Développement et maintien du leadership infirmier* (2^e éd.). Toronto : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) (2006). *Vers 2020 : vision pour les soins infirmiers*. Ottawa : AIIC.
- Association for the study of higher education (2013). Defining leadership language and guiding models. *Higher education report – Cultivating Leader Identity and Capacity*, September 2013.
- Atkinson Smith, M. (2017). The ethics/advocacy connection. Leadership qualities of nurses, and how do these traits contribute to competent safe patient care. *Nursing Management*, Août 2017.
- Avolio, J., Reichard, R., Hannah, S., Walumbwa, F. et Chan, A. (2009). A meta-analytic review of leadership impact research : Experimental and quasi-experimental studies. *The Leadership Quarterly*, 20, 764-784.

- Avolio, B.J., Walumbwa, F.O. et Weber, T.J. (2009). Leadership : current theories, research and future directions. *The Annual Review of Psychology*, 60, 421-429.
- Batcheller, J. (2016). Learning agility: a critical competency. *Association of periOperative Registered Nurses Journal*, 430-432.
- Bavik, Y., Tang, P. Shao, R. et Lam, L. (2018). Ethical leadership and employee knowledge sharing: Exploring dual-mediation paths. *The Leadership Quarterly* 29, 322-332.
- Bertaux, D. (2016). *Le récit de vie* (4^e éd.). Paris : Armand Colin.
- Bouquet, B. (2012). Parole, quand tu nous tiens ... *Le sociographe*, 37, 37-43.
- Boutin, G. (2011). *L'entretien de recherche qualitative*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Brown, A., Crookes, P. et Dewing, J. (2015). Clinical leadership in pre-registration nursing programmes – an international literature review. *Contemporary Nurse*, 51(1), 39-55.
- Brown, A., Crookes, P. et Dewing, J. (2016). Clinical leadership development in a pre-registration nursing curriculum: what the profession has to say about it. *Nurse Education today*, 36, 105-111.
- Cameron, S., Harbison, J., Lambert, V. et Dickson, C. (2012). Exploring leadership in community nursing teams. *Journal of Advanced Nursing*, 68(7), 1469-1481.
- Canadian Health Leadership Network (CHLNet) (2010). *LEADS in a caring environment framework*. Repéré à <http://www.chlnet.ca/leads/caring/environment-framework>.
- Carney, M. (2009). Public health nurses perception of clinical leadership in Ireland: narrative descriptions. *Journal of Nursing Management*, 17, 435-445.
- Cathcart, E., Greenspan, M et Quin, M. (2010). The making of a nurse manager : the role of experiential learning in leadership development. *Journal of Nursing Management*, 18, 440-447.
- Center for Creative Leadership (2012). *Annual Report 2011-2012*. Repéré à <http://www.ccl.org>.
- Chàvez, E. et Yoder, L. (2014). Staff nurse clinical leadership : a concept analysis. *Nursing Forum*, 50(2).

- Clifton, J. (2012). A discursive approach to leadership: doing assessments and managing organizational meanings. *Journal of Business Communication*, 49(2), 148-168.
- Collinson, D. (2005). Dialectics of leadership. *Human Relations*, 58(11), 1419-1442.
- Comack, M. T. (2012). A journey of leadership. From bedside nurse to chief executive officer. *Nurse Administration Quarterly*, 36(1), 29-43.
- Community Health Nurses of Canada (2013). *Centre of excellence and leadership consultation report*, June 17.
- Cope, V. et Murray, M. (2017). Leadership styles in nursing. *Nursing Standard*, 31(43), 61-70.
- Cummings, G. (2012). Editorial: your leadership style – how are you working to achieve a preferred future? *Journal of Clinical Nursing*, 21, 23-24.
- Cutcliffe, J. et Cleary, M. (2015). Nursing leadership, missing questions, and the elephant(s) in the room: problematizing the discourse on nursing leadership. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(10), 817-825.
- D'Amour, D., Tremblay, D., et Proulx, M. (2009). Déploiement de nouveaux rôles infirmiers au Québec et pouvoir médical. *Recherches sociographiques*, L(2), 301-320.
- Day, D., Fleenor, J., Atwater, L., Sturm, R. et McKee, R. (2014). Advances in leader and leadership development: A review of 25 years of research and theory. *The Leadership Quarterly*, 63-82.
- Delory-Momberger, C. (2000). *Les histoires de vie. De l'invention de soi au projet de formation*. Paris : Anthropos.
- Démeh, W. et Rosengren, K. (2015). The visualisation of clinical leadership in the content of nursing education – a qualitative study of nursing students' experiences. *Nurse Education Today*, 35, 888-893.
- DeRue, S., Ashford, S. et Myers, C. (2012). Learning agility: in search of conceptual clarity and theoretical grounding. *Industrial and Organizational Psychology*, 5, 258-279.
- Dinç, L. et Gastmans, C. (2012). Trust and trustworthiness in nursing: an argument-based literature review. *Nursing Inquiry*, 19(3), 223-237.

- Dinh, J., Lord, R., Gardner, W., Meuser, J., Liden, R. et Hu, J. (2014). Leadership theory and research in the new millenium: current theoretical trends and changing perspectives. *The Leadership Quaterly*, 25, 36-62.
- Dillon, K. et Prokesch, S. (2011). Megatrends in global healthcare. *Harvard Business Review*. Repéré à <http://hbr.org/web/extras/insight-center/health-care/globaltrends/1-slide>.
- D’Innocenzo, L., Mathieu, J. et Kukenberger, M. (2014). A meta-analysis of different forms of shared leadership – team performance relations. *Journal of Management*, March 10; doi10.1177/0149206314525205.
- Dominicé, P. (1990). *L’histoire de vie comme processus de formation*. Paris : Édition L’Harmattan, Collection Défi-formation.
- Dominicé, P. (2007). *La formation biographique*. Paris : Édition L’Harmattan, Collection Défi-formation.
- Erhard, W., Jensen, M. et Granger, K. (2010). Creating leaders: an ontological model. *Harvard Business School Negotiation, Organizations and Markets Research Papers*, 1-45.
- Fealy, G., McNamara, M., Casey, M., Geraghty, R., Butler, M., Halligan, P., Treacy, M et Johnson, M. (2011). Barriers to clinical leadership development: finding from a national survey. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2023-2032.
- Fealy, G., McNamara, M., Casey, M., O’Connor, T., Patton, D., Doyle, L. et Quinlan, C. (2015). Service impact of a national clinical leadership development programme: findings from a qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 23, 324-332.
- Fielden, S., Davidson, M. et Sutherland, V. (2009). Innovations in coaching and mentoring: implications for nurse leadership development. *Health Services Management Research*, 22, 92-99.
- Fischer, T., Dietz, J. et Antonakis, J. (2017). Leadership process models: a review and synthesis. *Journal of Management*, 43(6), 1726-1753.
- Fitzsimons, D., James, K.T. et Denyer, D. (2011). Alternative approaches for studying shared and distributed leadership. *International Journal of Management Reviews*, 13, 313-328.
- Galand, B. (2011). Avoir confiance en soi. Dans E. Bourgeois *et al.*, *Apprendre et faire apprendre* (p. 255-268). Paris : Presses Universitaires de France « Apprendre ».

- Ganann, R., Underwood, J., Matthews, S., Goodyear, R., Stamler, L., Meagher-Stewart, D. et Munroe, V. (2010). Leadership attributes: a key to optimal utilization of the community health nursing workforce. *The Canadian Journal of Nursing Leadership*, 60-71.
- Gardiner, R. (2018). Ethical responsibility – An Arendtian turn. *Business Ethics Quarterly*, 28(1), 31-50.
- Glassman, K. et Withall, J. (2018). Nurse manager learning agility and observed leadership ability: a case study. *Nursing Economics*, 36(2), March/April, 74-82.
- Gohier, C. (2004). De la démarcation entre critères d'ordre scientifique et d'ordre éthique en recherche interprétative. *Recherches qualitatives*, 24, 3-17.
- Gronn, P. (2005). Questions about autobiographical leadership. *Leadership : Leadership London*, 1(4), 381-490.
- Ha, L. et Pepin, J. (2017). Experiences of nursing students and educators during the co-construction of clinical nursing leadership learning activities: a qualitative research and development study. *Nurse Education Today*, 55, 90-95.
- Habermas, J. (2006). *De l'éthique de la discussion*. Paris : Éditions du cerf (1^{re} éd. 1991).
- Harris, J. et Mayo, P. (2018). Taking a case study approach to assessing alternative leadership models in health care. *British Journal of Nursing*, 27(11), 608-613.
- Health Professions Council (HPC) (2011). *The clinical leadership framework (CLCF)*. Presentation by Paul Long from the NHS Institute for Innovation and Improvement, Education and Training Committee, novembre 17.
- Hyrkäs, K. et Dende, D. (2008). Editorial. Clinical nursing leadership – perspectives on current topics. *Journal of Nursing Management*, 16(5), 495-498.
- Kempster, S. (2009). *How managers have learnt to lead. Exploring the development of leadership practice*. Basingstoke : Palgrave MacMillan.
- Knights, J. (2016). *White paper: How to develop ethical leaders*. Repéré à <http://bit.ly/1sOmCWO>. Consulté le 21 juin 2018.
- Kouzes, J. et Posner, B. (1995). *The leadership challenge: how to keep getting extraordinary things done in organizations*. San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Long, P., Lobley, K., Spurgeon, P., Clark, J., Balderson, S. et Lonetto, T. (2011). The CLCF: developing leadership capacity and capability in the clinical professions. *The International Journal of Clinical Leadership*, 17, 111-118.

- Mannix, J., Wilkes, L. et Daly, J. (2013). Attributes of clinical leadership in contemporary nursing: An integrative review. *Contemporary Nurse*, 45(1), 10-21.
- Marath, U. et Maranchandra, Dr. (2015). Impact of leadership development package on leadership competencies of undergraduate nursing students. *Asian Journal of Nursing Education*, 5(2), 221-228.
- Mayfield, M. et Mayfield, J. (2017). Leader talk and the creative spark: a research note on how leader motivating language use influences follower creative environment perceptions. *International Journal of Business Communication*, 54(2), 210-225.
- McCall, M. (2010). Recasting leadership development, *Industrial and Organizational Psychology*, 3, 3-19.
- McCauley, C. et Van Velsor, E. (2004). *The Center for creative leadership handbook of leadership development*. San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- McNamara, M., Fealy, G., Casey, M., Geraghty, R., Johnson, M., Halligan, P., Treacy, P. et Butler, M. (2011). Boundary matters: clinical leadership and the distinctive disciplinary contribution of nursing to multidisciplinary care. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3502-3512.
- McNamara, M., Fealy, G., Casey, M., O'Connor, T., Patton, D., Doyle, L. et Quinlan, C. (2014). Mentoring, coaching and action learning: interventions in a national clinical leadership development programme. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 2533-2541.
- McPherson, C. et MacDonald, C. (2017). Blending simulation-based learning and interpretative pedagogy for undergraduate leadership competency development. *Journal of Nursing Education*, 56(1).
- Meakin, S. (2013). *Exploring the potential of the pre-registration programme for developing student nurses as future clinical leaders within contemporary healthcare* (Thèse de doctorat inédite en education, Faculty of Social and Human Sciences, University of Southampton, Southampton, Royaume-Uni).
- Merrill, B. et West, L. (2009). *Using biographical methods in social research*. Thousand Oaks, CA : SAGE publications.
- Mills, L., Wong, S., Bhagat, R., Quail, D., Triolet, K. et Weber, T. (2012). Developing and sustaining leadership in public health nursing: findings from one British Columbia health authority. *Nursing Leadership*, 25(4), 63-75.

- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2015). *Système de santé et de services sociaux en bref*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/systeme-de-sante-et-de-services-sociaux-en-bref/gouvernance-et-organisation-des-services/>.
- Mitchinson, A. et Morris, R. (2015). *White paper: Learning about learning agility, Centre for creative leadership*. Repéré à <https://www.ccl.org/wp-content/uploads/2015/04/LearningAgility.pdf>. Consulté le 25 juin 2018.
- Murphy, S. et Johnson, S. (2011). The benefits of a long-lens approach to leader development: understanding the seeds of leadership. *The Leadership Quarterly*, 22, 459-470.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2012). *La relève infirmière du Québec. Une profession une formation*. Mémoire adopté par le Conseil d'administration de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2 mai 2012.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2014). *La gouvernance infirmière : condition de succès de la transformation du réseau*. Mémoire.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2017). *Portrait sommaire de l'effectif infirmier du Québec 2016-2017*.
- Organisation mondiale de la santé (2001). *L'unité pour la santé. Défis et opportunités de partenariats pour le développement de la santé*. Document écrit par Charles Boelen. Genève :OMS.
- Organisation mondiale de la santé (2010). *Éléments essentiels au bon fonctionnement d'un système de santé*. Genève :OMS.
- Paillé, P. (2011). Les conditions de l'analyse qualitative. *SociologieS*, La recherche en actes, Champs de recherche et enjeux de terrain (mis en ligne le 06 juillet 2011). Repéré à <http://journals.openedition.org/sociologies/3557>. Consulté le 19 novembre 2018.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4^e éd.). Paris : Édition A. Colin.
- Papalia, D., Feldman, R. et Martorell, G. (2014). *Experience Human Development* (13^e éd.). New York, NY : McGraw-Hill Education.
- Patrick, A., Laschinger, H.K., Wong, C. et Finegan, J. (2011). Developing and testing a new measure of staff nurse clinical leadership: the clinical leadership survey. *Journal of Nursing Management*, 19, 449-460.

- Pepin, J., Dubois, S., Girard, F., Tardif, J. et Ha, L. (2011). A cognitive learning model of clinical nursing leadership. *Nurse Education Today*, 31, 268-273.
- Pepin, J., Ducharme, F. et Kérouac, S. (2017). *La pensée infirmière* (4     d.). Montréal :Chenelière   ducation.
- Posner, B. (2016). Investigating the reliability and validity of the Leadership Practices Inventory  . *Administrative Sciences*, 6(17), 1-23.
- Sans  au, P.-Y. (2005). Les récits de vie comme stratégie d'accès au réel en sciences de la gestion : pertinence, positionnement et perspectives d'analyse. *Recherches qualitatives*, 25(2), 33-57.
- Schein. E. (2016). *Organizational culture and leadership* (5     d).
- Shamir, B., Dayan-Horesh, H. et Adler, D. (2005). Leading by biography: towards a life-story approach to the study of leadership. *Leadership: Leadership London*, 1(1), 13-29.
- Schim, S. (1997). *Leadership experiences of elder community health nurse leaders in Michigan*. Doctoral dissertation, Wayne State University, D  troit, Michigan.
- Spence Laschinger, H., Cummings, G., Wong, C. et Grau, A. (2014). Resonant leadership and workplace empowerment: the value of positive organizational cultures in reducing workplace incivility. *Nursing Economics*, 32(1), January-February, 5-15.
- Stanley, D. et Stanley, K. (2017). Clinical leadership and nursing explored: a literature search. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 1730-1743.
- Taylor, R. et Martindale, S. (2013). Clinical leadership in primary care. *Primary Health Care*, 23(5), 32-38.
- Turner, J. et Mavin, S. (2008). What can we learn from senior leader narratives? The strutting and fretting of becoming a leader. *Leadership and Organizational Development Journal*, 29(4), 376-391.
- Université de Sherbrooke (2012). *Politique en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains*.
- Van Bogaert, P., Peremans. L., de Wit, M., Van heusden, D., Franck, E., Timmermans, O. et Havens, D. (2015). Nurse managers' perceptions and experiences regarding staff nurse empowerment: a qualitative study. *Frontiers in Psychology*, 6, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01585>.

- Walia, S. et Marks-Maran, D. (2014). Leadership development through action learning sets : an evaluation study. *Nurse Education in Practice*, 14, 612-619.
- West M, Eckert R, Steward K, Pasmore B. (2014). *Developing collective leadership for health care*. London: King's Fund. Repéré à <https://tinyurl.com/ycpljfgn>. Consulté le 21 juin 2018.
- While, A. (2016). Nurturing ethical leadership. *British Journal of Community Nursing*, 21(10), Octobre, 534.
- Won, H. (2015). Clinical leadership of staff nurse: a phenomenological study. *Indian Journal of Science and Technology*, 8(26), 1-5.
- Yvon, F. et Clot, Y. (2004). Apprentissage et développement dans l'analyse du travail travail enseignant. *Revista da Psicologia da Educação*, 19(2), 11-38. Repéré à <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psie/n19/n19a02.pdf>.

ANNEXE A
COURRIEL ENVOYÉ À LA PERSONNE RESPONSABLE
DES SOINS INFIRMIERS COMMUNAUTAIRES
DANS CHACUN DES DEUX CISS

23 avril 2014

Bonjour Madame ...,

Je vous écris aujourd'hui pour solliciter une rencontre d'une vingtaine de minutes avec vous. Dans les lignes ci-dessous, je vous explique ce qui motive ma demande.

Je suis professeure à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke, au Campus de Longueuil. À ce titre, je suis très sensible à l'importance de préparer adéquatement des infirmières cliniciennes et des infirmiers cliniciens capables de relever les nombreux et importants défis qui les attendent. J'effectue présentement un doctorat en éducation. Le but de ma recherche est de mieux comprendre le leadership clinique infirmier et de mieux comprendre comment on apprend à l'exercer, et ce, dans le but de promouvoir, dans la formation initiale ou continue de même que dans la pratique, le développement des habiletés à exercer ce leadership.

Je sollicite une rencontre avec vous, si possible d'ici le 7 mai, afin de : 1) vous présenter succinctement mon projet de recherche et 2) explorer la possibilité d'effectuer ma collecte de données auprès d'infirmières ou d'infirmiers exerçant un leadership clinique dans certains CLSC de votre CSSS.

Je vous remercie à l'avance de l'attention portée à ma demande,

Marie-Josée Godin, inf., M. Sc., DPES,
Professeure chargée d'enseignement,
École des sciences infirmières,
Faculté de médecine et des sciences de la santé,
Université de Sherbrooke.
Tél. : 450 463 1835 poste 61670.

ANNEXE B
COURRIEL ENVOYÉ AUX PERSONNES RESPONSABLES
D'ASSURER LA DISPENSATION DES SOINS INFIRMIERS
DANS CHACUN DES DEUX CLSC

26 novembre 2014

Bonjour Madame ...,

Tel que proposé par Madame ..., je communique avec vous au sujet des préparatifs liés à ma présence à la rencontre des infirmières de l'équipe de ..., le ... prochain en avant-midi. J'aimerais avoir la possibilité de présenter mon projet de recherche aux infirmières présentes à la rencontre et leur demander d'identifier, individuellement et par écrit, des infirmières ou infirmiers qui exercent, selon elles, un leadership clinique infirmier de qualité dans leurs milieux. Tout cela demande environ une trentaine de minutes.

Si vous préférez que l'on se parle de vive voix, cela me fera plaisir. Je vous demanderais alors, s'il-vous-plaît, de m'indiquer à quel moment je pourrais vous rejoindre pour un court entretien téléphonique.

Je vous remercie à l'avance pour votre collaboration,

Marie-Josée Godin, inf., DPES,
Professeure chargée d'enseignement,
École des sciences infirmières,
Faculté de médecine et des sciences de la santé,
Université de Sherbrooke.
Tél.: 450 463 1835 poste 61670.

ANNEXE C

DOCUMENT PRÉSENTÉ LORS DES RENCONTRES D'ÉQUIPES
D'INFIRMIÈRES ET D'INFIRMIERS DANS LES CLSC

Bonjour,

Je suis infirmière et professeure en soins infirmiers. Je fais une recherche sur le leadership clinique infirmier. Comme plusieurs auteurs, je considère que le leadership clinique infirmier peut être exercé autant par une infirmière ou un infirmier donnant des soins directs aux personnes que par une infirmière ou un infirmier en position hiérarchique (il s'agit alors d'un leadership plus formel). Je voudrais mieux comprendre les différentes caractéristiques de l'exercice du leadership clinique infirmier et je voudrais mieux comprendre comment on « apprend » à l'exercer, et ce, en considérant les expériences et apprentissages effectués tout au long de la vie.

Pour ce faire, j'ai besoin que des infirmières ou des infirmiers qui exercent un leadership clinique dont la qualité est reconnue par leurs pairs, et qui s'expriment bien en français, me disent leur point de vue sur la question, qu'elles ou qu'ils me racontent leur expérience. En conséquence, je sollicite votre aide en vous faisant la demande suivante :

Je vous propose cinq critères souvent associés, dans les écrits, à l'exercice d'un leadership clinique de qualité dans une organisation, soit :

- a) Remettre en question les façons de faire;
- b) Inspirer une vision commune;
- c) Agir comme modèle de rôle;
- d) Permettre aux autres d'agir par l'intermédiaire de la collaboration, la création d'une relation de confiance et le partage d'informations;
- e) Manifester de l'humanisme.

En ayant en tête ces critères, je vous demande de voir s'il y aurait, dans votre milieu de travail, des infirmières ou des infirmiers qui pourraient correspondre à ces critères ou s'en approcher. Je vous demande d'y réfléchir individuellement et d'écrire, sur la feuille que je vous remets, le nom de l'infirmière ou des infirmières, ou le nom de l'infirmier ou des infirmiers, qui pourraient correspondre ou s'approcher de ces critères. Si vous préférez, vous pouvez ne pas répondre tout de suite, et me faire parvenir votre réponse par courriel ou autrement, d'ici à demain ou au plus tard après demain. Voici mes coordonnées (carte d'affaire).

Important : Peut-être avez-vous d'autres critères pour dire qu'une personne exerce un leadership clinique infirmier de qualité ? Je vous encourage à les utiliser pour identifier des personnes, infirmières ou infirmiers qui, dans votre milieu de travail exercent un leadership clinique de qualité. Si c'est le cas, j'apprécierais que vous écriviez, à côté du nom de la ou des personnes identifiées, les critères que vous avez utilisés.

Les infirmières ou les infirmiers identifiés peuvent donc être des collègues que vous côtoyez tous les jours ou encore des infirmières ou des infirmiers qui exercent un leadership plus formel (ex. chef de service, assistante au supérieur immédiat, etc.). Ces personnes peuvent être présentes ici ou non.

Avez-vous des questions? Y a-t-il des points à clarifier? Je vous remercie de m'avoir accueillie et je vous dis merci à l'avance pour votre participation.

Signature cachée pour protéger
les données personnelles

IDENTIFICATION D'INFIRMIÈRE(S) OU INFIRMIER(S)
EXERÇANT UN LEADERSHIP CLINIQUE INFIRMIER DE QUALITÉ
(confidentiel)

Nom de l'infirmière ou de l'infirmier	Poste occupé et milieu de travail (programme, endroit)	Sur quels critères vous basez- vous?	
↓	↓	Critères fournis (indiquer oui ou non)	Autres critères (les identifier svp)

ANNEXE D

COURRIEL ENVOYÉ AUX INFIRMIÈRES
IDENTIFIÉES PAR LEURS PAIRS COMME EXERÇANT
UN LEADERSHIP CLINIQUE INFIRMIER DE QUALITÉ

Bonjour Madame ...,

Je suis infirmière et professeure à l'École des Sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke, au Campus de Longueuil. J'effectue présentement un doctorat en éducation à l'Université de Sherbrooke et celui-ci porte sur le leadership clinique infirmier. Ma recherche qualitative vise à mieux comprendre ce qu'est le leadership clinique infirmier et comment il se développe.

Je m'intéresse particulièrement au leadership clinique infirmier exercé par des personnes reconnues par leurs pairs pour la qualité de leur exercice du leadership clinique infirmier.

Lors d'une rencontre avec les infirmières du programme de ... du CLSC ..., vous avez été identifiée comme étant une personne qui exerce un leadership clinique infirmier de qualité. Cette identification s'est faite de façon individuelle et par écrit.

Je sollicite votre participation à ma recherche doctorale. J'aimerais beaucoup recueillir votre témoignage à propos de l'exercice du leadership clinique infirmier.

Je joins à ce courriel une lettre exposant plus en détail en quoi consisterait votre participation, et vous remercie à l'avance de considérer ma demande. N'hésitez pas à communiquer avec moi pour plus d'informations.

Espérant avoir le plaisir de vous rencontrer, je vous envoie mes cordiales salutations,

Marie-Josée Godin, inf., M. Sc., DPES,
Doctorante en éducation,
Professeure chargée d'enseignement,
École des sciences infirmières,
Faculté de médecine et des sciences de la santé,
Université de Sherbrooke,
Campus de Longueuil.
Tél.: 450 463 1835 poste 61670.

INVITATION À PARTICIPER À UNE RECHERCHE¹

L'exercice du leadership clinique infirmier : caractéristiques et processus de formation révélés par les récits de vie de personnes qui exercent ce leadership

Madame,

Contexte : Le but de cette recherche doctorale est de mieux comprendre l'exercice du leadership clinique infirmier, que celui-ci soit formel (position hiérarchique formelle) ou informel (leadership clinique exercé par des infirmières ou infirmiers de terrain n'occupant pas un poste hiérarchique formel dans une organisation de soins de santé). Au moyen d'une approche biographique, l'étude vise à mieux comprendre les caractéristiques de l'exercice du leadership clinique infirmier et ce, du point de vue des personnes qui l'exercent. Nous voulons également mieux comprendre les processus de formation qui ont conduit ces infirmières ou ces infirmiers à exercer un leadership clinique infirmier.

Critères d'admissibilité à la recherche : Avoir été identifiée par des pairs comme étant une personne qui exerce un leadership clinique infirmier de qualité, que ce leadership clinique soit formel ou informel, et pouvoir s'exprimer en français.

Nature de votre participation : Nous aimerions recueillir votre témoignage et sollicitons votre participation à deux entrevues, chacune avec la co-chercheuse doctorante. La première entrevue, audioenregistrée et semi-dirigée, durera environ 90 minutes et sera tenue en dehors des heures de travail, dans un endroit et à un moment déterminé après entente entre vous et la co-chercheuse doctorante. À l'aide d'un guide d'entrevue préparé à cet effet, nous souhaitons recueillir votre point de vue sur l'exercice du leadership clinique infirmier et sur comment les différents événements ou apprentissages que vous avez faits, tout au long de la vie, ont pu contribuer à votre formation globale comme infirmière ou infirmier capable d'exercer un leadership clinique reconnu par des pairs. Suite à cette première entrevue, la cochercheuse doctorante rédigera un texte de 7 à 10 pages résumant le récit que vous aurez fait lors de l'entrevue. La co-chercheuse doctorante vous fera parvenir ce texte deux ou trois semaines après la première entrevue, soit quelques jours avant la deuxième. Cette deuxième entrevue sera tenue en personne ou par téléphone, à votre convenance, et sera audio-enregistrée si elle est tenue en personne. Cette deuxième entrevue sera d'une durée de 30 à 60 minutes, et servira à établir si le texte que la co-chercheuse vous aura fait parvenir est fidèle au récit que vous aurez fait lors de la première entrevue.

Questions au sujet de cette étude : L'équipe de recherche se fera un plaisir de répondre à toute question concernant ce projet. Nous vous invitons à manifester votre intérêt pour participer à cette étude en communiquant avec Madame Marie-Josée Godin, co-chercheuse doctorante, au numéro indiqué ci-dessous, ou encore avec l'un des membres de son équipe d'encadrement.

<p>Co-chercheuse doctorante : Marie-Josée Godin, inf., M.Sc., Doctorante, Faculté d'éducation, Université de Sherbrooke</p> <p><i>Informations cachées afin de protéger les données personnelles</i></p>	<p>Équipe d'encadrement : Pre France Jutras, Ph.D., Faculté d'éducation, Université de Sherbrooke</p> <p><i>Informations cachées afin de protéger les données personnelles</i></p> <p>Pre Jacinthe Pepin, Ph.D., Faculté des sciences infirmières, Université de</p> <p><i>Informations cachées afin de protéger les données personnelles</i></p> <p>Personne répondante au Centre de recherche du CSSS- : Pre Cécile Michaud, Ph.D., École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke</p> <p><i>Informations cachées afin de protéger les données personnelles</i></p>
---	--

¹ Note au lecteur ou à la lectrice de cette thèse :

Afin d'obtenir les autorisations scientifique, éthique et de convenance institutionnelle pour effectuer notre recherche au Centre de santé et des services sociaux retenu, il fallait une personne répondante attachée au Centre de recherche de ce CSSS. À l'automne 2014, Madame Cécile Michaud a agi à ce titre et était désignée comme chercheure principale de notre recherche. La doctorante avait le titre de « co-chercheuse doctorante ». Plus tard à l'automne 2014, suite à une demande officielle de changement de chercheure principale, c'est Madame France Jutras, directrice de recherche de la doctorante, qui a agi à titre de chercheure principale. Madame Michaud n'agissait plus à titre de répondante.

ANNEXE E

GUIDE POUR LES ENTRETIENS NARRATIFS

Version de départ

Se présenter, faire connaissance, créer un climat propice	Exemple : « Comme vous le savez, je suis Marie-Josée Godin, infirmière et professeure en soins infirmiers. Je fais une recherche sur le leadership clinique infirmier : je veux mieux comprendre ce que c'est, du point de vue des personnes qui l'exercent, et je veux mieux comprendre comment on apprend à l'exercer. »
Lancer l'entretien (en lien avec le premier objectif de la recherche soit les caractéristiques de l'exercice du leadership clinique infirmier)	Exemple : « J'aimerais que vous me parliez du leadership clinique infirmier; ce que c'est pour vous, ce que ça implique, comment ça se manifeste dans votre quotidien, etc.
Écoute attentive et phrases de relance au besoin (dans cette partie de l'entretien, la personne se raconte)	Exemples : J'aimerais que vous me décriviez ce que vous faites à ce moment-là ... Comment savez-vous que c'est la chose à faire ou à dire? Parlez-moi davantage de cet aspect-là ... C'est quelque chose que vous trouvez plus difficile, j'aimerais que vous me racontiez ...
Poursuivre l'entretien (en lien avec le deuxième objectif de la recherche soit les processus de formation menant à l'exercice du leadership clinique infirmier)	Exemples : « Maintenant, nous allons regarder comment on peut apprendre à exercer le leadership clinique infirmier, comment ça s'est passé pour vous. Quelles sont les choses significatives que vous avez apprises, dans votre vie, ou encore des événements qui ont pu jouer un rôle dans le développement de votre capacité à exercer le leadership clinique infirmier? Ça peut être des choses ou des événements qui se sont produits à n'importe quel âge de la vie, à l'école, au travail ou ailleurs »

<p>Écoute attentive et phrases de relance au besoin (dans cette partie de l'entretien, la personne se raconte)</p>	<p>Exemples : Comment cela s'est-il passé? Que retenez-vous principalement de cet événement? Qu'avez-vous appris dans cette situation?</p>
<p>Clôture de l'entretien (et échange de nos coordonnées au cas où nous aurions à communiquer pour compléter)</p>	<p>Exemples : Voulez-vous ajouter quelque chose? Je vous remercie d'avoir partagé votre expérience avec moi. Je vais vous faire parvenir votre récit et communiquerai avec vous pour avoir vos impressions.</p>

Version 10^e et dernier entretien

<p>Se présenter, faire connaissance, créer un climat propice</p> <p>Répondre à d'éventuelles questions de la part de la personne interviewée et signer le formulaire de consentement</p> <p>Lancer l'entretien en ciblant le recueil de données en lien avec le premier objectif de recherche à savoir la description des caractéristiques de la situation sociale « infirmière ou infirmier qui exerce un leadership clinique infirmier ».</p> <p>Guider la personne pour qu'elle se raconte (en lien avec le premier objectif)</p>	<p>Exemple :</p> <p>Comme vous le savez, mon nom est Marie-Josée Godin, infirmière et professeure en soins infirmiers. Je fais une recherche sur le leadership clinique infirmier : je veux mieux comprendre ce que c'est, du point de vue des personnes qui l'exercent, et je veux mieux comprendre comment on apprend à l'exercer. Je vous assure que tout ce que vous me direz restera confidentiel.</p> <p>Exemples :</p> <p>Vous avez été identifiée par vos pairs comme étant une personne qui exerce un leadership clinique infirmier de qualité. J'aimerais que vous me parliez du leadership clinique infirmier (je donne quelques exemples, puis j'écoute!)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ce que c'est pour vous - Ce que ça veut dire - Ce que ça implique au quotidien - Comment ça s'exerce, comment ça se manifeste au jour le jour - Avez-vous une « règle d'or » ? - Ce qui aide à l'exercice du leadership clinique infirmier (ex. les facilitateurs ... en soi et dans l'entourage, incluant dans l'organisation) - Ce qui nuit à l'exercice du leadership clinique infirmier (ex. les obstacles ... en soi et dans l'entourage, incluant dans l'organisation) - Les qualités ou aptitudes qui sont nécessaires pour l'exercer - Les attentes à votre égard (si oui, nature, sources ...) - Les périodes de transition ... - Moment, dans votre vie ou dans votre carrière, où vous avez senti que vous exerciez un leadership infirmier (identité) - Rôle de l'infirmière, votre rôle, rôle des autres (entourage)
--	--

<p>Je guide la personne pour qu'elle se raconte et qu'elle raconte, de son point de vue, ce qu'est la situation sociale « infirmière ou infirmier qui exerce un leadership clinique infirmier », et comment ça se passe au quotidien.</p>	<p>Exemples :</p> <p>J'aimerais que vous me décriviez ce que vous faites à ce moment-là ...</p> <p>Comment savez-vous que c'est la chose à faire ou à dire?</p> <p>J'aimerais que vous me parliez davantage de cet aspect là ...</p> <p>Y a-t-il d'autres personnes impliquées ? Parlez-moi de ce qu'elles font, de ce que vous faites en réponse, de la place qu'elles prennent dans vos décisions, ...</p> <p>C'est quelque chose que vous trouvez plus difficile, j'aimerais que vous me racontiez ...</p>
<p>Poursuivre l'entretien : guider la personne pour qu'elle se raconte (en lien avec le deuxième objectif)</p>	<p>Exemples :</p> <p>Maintenant, j'aimerais que l'on regarde comment on peut apprendre à exercer le leadership clinique infirmier, comment ça s'est passé pour vous.</p>
<p>Je guide la personne pour qu'elle se raconte et qu'elle raconte les apprentissages ou événements, survenus tout au long de la vie, qui ont pu jouer un rôle dans le développement de sa capacité à exercer un leadership clinique infirmier</p>	<p>Exemples : J'aimerais que vous me parliez ...</p> <ul style="list-style-type: none"> - des choses significatives que vous avez apprises, dans votre vie, ou encore des événements qui ont pu jouer un rôle dans le développement de votre capacité à exercer le leadership clinique infirmier. Ça peut être des choses ou des événements qui se sont produits à n'importe quel âge de la vie, à l'école, au travail ou ailleurs. - Ce qui aide à l'apprentissage de l'exercice du leadership clinique infirmier (ex. les facilitateurs ... en soi et dans l'entourage, incluant dans l'organisation) - Ce qui nuit à l'apprentissage de l'exercice du leadership clinique infirmier (ex. les obstacles ... en soi et dans l'entourage, incluant dans l'organisation) - Comment cela s'est passé ... - Ce que vous retenez principalement de cet événement - Ce que vous avez appris dans cette situation

Terminer l'entretien et échange de nos coordonnées respectives au cas où nous aurions à communiquer pour compléter	Exemple : Voulez-vous ajouter quelque chose? Je vous remercie d'avoir partagé votre expérience avec moi. Je vais analyser notre entretien et vous faire parvenir le récit de votre vie que j'aurai rédigé, d'ici trois ou quatre semaines. Puis je communiquerai avec vous pour recueillir vos impressions et commentaires. Je voudrai alors vérifier si le texte est fidèle à notre entretien et si vous vous y reconnaissez.
Recueillir des renseignements sociodémographiques	Années d'expérience comme infirmière, âge, diplômes obtenus, titre exact du poste occupé présentement, position dans la famille et nombre de frères et sœurs
Finir par demander le cheminement professionnel de la personne (s'il n'a pas été précisé précédemment dans l'entretien)	J'aimerais que vous me résumiez votre parcours professionnel en commençant par votre premier emploi comme infirmière, jusqu'à celui que vous occupez aujourd'hui.
Puis le cheminement d'apprentissages formels	Maintenant j'aimerais que vous fassiez un peu la même chose, mais par rapport à votre cheminement de formation (apprentissage formels, sanctionnés par des diplômes). Je vous remercie.

ANNEXE F

GUIDE POUR L'ENTRETIEN DE VALIDATION PAR TÉLÉPHONE

<p>Voir avec la personne si elle a eu le temps de prendre connaissance du récit de vie que je lui ai envoyé</p>	La participante répond
<p>Accueillir les commentaires d'ordre général, manifester de l'ouverture, prendre des notes</p>	La participante s'exprime
<p>Demander à la personne si elle est à l'aise avec le contenu, avec le texte.</p>	La participante répond
<p>L'encourager à s'exprimer sur le contenu du récit de vie : est-ce qu'il lui semble fidèle à notre entretien, à ce qu'elle m'a confié au cours de cet entretien. Est-ce qu'il y a des choses à corriger, à ajuster, à retirer, à ajouter? Prendre des notes.</p>	La participante s'exprime

ANNEXE G

APPROBATION COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

DU CENTRE DE RECHERCHE DU PREMIER CISS

*Informations cachées
afin de protéger les données*

Le 30 octobre 2014

Madame Cécile Michaud
Université de Sherbrooke

*Informations cachées afin de protéger
les données personnelles*

OBJET : Approbation positive finale
Projet L'exercice du leadership clinique infirmier : caractéristiques et processus de formation révélés par les récits de vie de personnes qui exercent ce leadership.

Madame,

Considérant les approbations préalables du Comité d'éthique de la recherche (CER), du Comité scientifique de la recherche (CSR) et du Comité de convenance institutionnelle de la recherche (CIR), de même que les priorités stratégiques du CSSS il me fait plaisir d'approuver la conduite de votre projet de recherche ci-dessus mentionné.

Si la durée de votre projet excède la période visée dans la décision du CER, vous devrez compléter un formulaire D et le soumettre au CER au plus tard à la fin du mois de juillet 2015. Votre projet pourra ainsi se poursuivre si vous obtenez une recommandation positive du CER.

Il est entendu que le projet de recherche doit s'autofinancer et que le CSSS n'assume aucuns frais reliés à ce projet de recherche.

Veuillez recevoir, Madame, l'expression de notre considération la plus distinguée.

Le directeur du Centre de recherche

*Signature cachée afin de protéger
les données personnelles*

Informations cachées afin de protéger les données

U

Note de la doctorante au CÉR Éducation et sciences sociales :

Cette lettre est adressée à Madame Cécile Michaud parce qu'elle est la chercheuse répondante pour notre projet de recherche au Centre de recherche du Centre de santé et des services sociaux

*Signature cachée afin de protéger
les données personnelles*

ANNEXE H
APPROBATION COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE
ÉDUCATION ET SCIENCES SOCIALES
UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

Comité d'éthique de la recherche
Éducation et sciences sociales

Attestation de conformité

Le comité d'éthique de la recherche Éducation et sciences sociales de l'Université de Sherbrooke certifie avoir examiné la proposition de recherche suivante :

L'exercice du leadership clinique infirmier : caractéristiques et processus de formation révélés par les récits de vie de personnes qui exercent ce leadership

Marie-Josée Godin

Étudiante, Doctorat en éducation, Faculté d'éducation

Le comité estime que la recherche proposée est conforme aux principes éthiques énoncés dans la *Politique en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains (2500-028)*.

Membres du comité

Eric Yergeau, président du comité, professeur à la Faculté d'éducation, Département d'orientation professionnelle

Mathieu Gagnon, professeur à la Faculté d'éducation, Département d'enseignement au préscolaire et au primaire

Suzanne Guillemette, professeure à la Faculté d'éducation, Département de gestion de l'éducation et de la formation

Sawsen Lakhal, professeure à la Faculté d'éducation, Département de pédagogie

Mélanie Lapalme, professeure à la Faculté d'éducation, Département de psychoéducation

Julie Myre-Bisaillon, professeure à la Faculté d'éducation, Département d'adaptation scolaire et sociale

Carlo Spallanzani, professeur à la Faculté d'éducation physique et sportive

Marianne Xhignesse, professeure à la Faculté de médecine et des sciences de la santé, Département de médecine de famille

Vincent Beaucher, membre versé en éthique

France Dupuis, membre de la collectivité

Le présent certificat est valide pour la durée de la recherche, à condition que la personne responsable du projet fournisse au comité un rapport de suivi annuel, faute de quoi le certificat peut être révoqué.

Le président du comité,

*Signature cachée afin de protéger
les données personnelles*

Eric Yergeau, 10 novembre 2014

ANNEXE I
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

*Informations cachées afin de
protéger les données*

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

N° DE PROJET :

*Informations cachées afin de
protéger les données*

**TITRE DU PROJET
DE RECHERCHE :**

L'exercice du leadership clinique infirmier : caractéristiques et processus de formation révélés par les récits de vie de personnes qui exercent ce leadership

CHERCHEUSE PRINCIPALE : France Jutras, Ph.D., directrice de recherche de la doctorante

Co-chercheuse doctorante : Marie-Josée Godin, inf., M. Sc., DPES, École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke

DÉPARTEMENT DE LA

CHERCHEUSE PRINCIPALE : Faculté d'éducation, Université de Sherbrooke

ADRESSE DU CENTRE DE RECHERCHE

Informations cachées afin de protéger les données

Comité d'éthique de la recherche
Approuvé
HCLM

TÉLÉPHONE :

Informations cachées afin de protéger les données personnelles

INTRODUCTION Note : Afin de faciliter la lecture du présent texte, nous avons employé le féminin comme genre neutre pour désigner aussi bien les hommes que les femmes.

Vous êtes invitée à participer à une étude de recherche parce que vous avez identifiée par des pairs comme étant une personne qui exerce un leadership clinique infirmier de qualité. Avant de prendre une décision, il est important que vous compreniez pourquoi cette étude est réalisée, comment les renseignements vous concernant seront utilisés, en quoi consisterait votre participation ainsi que les avantages, les risques et les malaises qu'elle pourrait entraîner. Veuillez prendre le temps de lire attentivement les renseignements qui suivent et lorsque vous serez bien renseignée au sujet de l'étude et qu'on aura répondu à toutes vos questions, on vous demandera de signer le présent formulaire de consentement si vous désirez participer à l'étude.

Formulaire de consentement : Version 3 – 28 janvier 2015

Initiales du sujet : _____

*Informations cachées afin de
protéger les données*

Titre du projet de recherche : Le leadership clinique infirmier : caractéristiques et processus de formation révélés par les récits de vie de personnes qui exercent ce leadership

N° de projet : *Information cachée afin de protéger les données*

Page 2 de 7

BUT DE L'ÉTUDE

Le but de cette recherche doctorale est de mieux comprendre l'exercice du leadership clinique infirmier, que celui-ci soit formel (position hiérarchique formelle) ou informel (leadership clinique exercé par des infirmières ou des infirmiers de terrain n'occupant pas un poste hiérarchique formel dans une organisation de soins de santé). Plus précisément, l'étude vise à mieux comprendre les caractéristiques de l'exercice du leadership clinique infirmier de même que les processus de formation qui y mènent, et ce, d'après des infirmières et des infirmiers reconnus par leurs pairs pour la qualité de leur exercice du leadership clinique dans le domaine des soins communautaires ou de première ligne. De dix à vingt infirmières ou infirmiers travaillant dans les CLSC du CSSS [] et du CSSS [] formeront le groupe des personnes participantes à cette étude.

PROCÉDURES

Approche biographique

C'est au moyen des récits de vie d'infirmières et d'infirmiers exerçant un leadership clinique infirmier, formel ou informel, reconnu par les pairs, que nous étudierons les caractéristiques de l'exercice de ce leadership ainsi que les processus de formation qui y mènent.

Participation attendue

Si vous acceptez de participer à l'étude, nous aimerions recueillir votre témoignage à propos du leadership clinique infirmier et à propos des différentes expériences que vous avez vécues, tout au long de votre vie, en lien avec le développement de vos habiletés à exercer ce leadership. Votre participation à cette étude de recherche comprend deux volets :

1. Exprimer, lors d'une première rencontre d'une durée d'environ une heure trente avec un membre de l'équipe de recherche (la co-chercheuse doctorante), comment vous percevez le leadership clinique infirmier, comment il se manifeste, ce qu'il implique, etc., ainsi que raconter comment différents événements ou apprentissages que vous avez faits, tout au long de votre vie, ont pu contribuer à votre formation globale comme infirmière capable d'exercer un leadership clinique de qualité. Cette première rencontre sera enregistrée (enregistrement audio) afin de permettre la transcription, le codage, puis l'analyse rigoureuse de votre récit de vie. Elle se déroulera en dehors des heures de travail, dans un lieu tranquille et neutre, déterminé par entente entre vous et la co-chercheuse;
2. Valider, lors d'une deuxième rencontre avec la co-chercheuse doctorante, celle-ci d'une durée de 30 à 60 minutes, le texte rédigé par celle-ci à partir du récit de vie que vous aurez fait lors de la première rencontre. En effet, suite au recueil et à l'enregistrement de votre récit de vie, celui-ci sera transcrit, codé, puis analysé. La co-chercheuse écrira ensuite un texte de 7 à 10 pages présentant votre récit de vie sous forme résumée. Vous serez appelée à lire et à commenter ce texte. Vous recevrez ce texte par courriel, quelques jours avant la deuxième rencontre. Il s'agit de s'assurer que ce texte est fidèle au récit de vie que vous aurez fait lors de la première rencontre. La deuxième rencontre se déroulera deux ou trois semaines après la première et pourra être tenue en personne ou par téléphone. Si la rencontre est tenue en personne, elle sera enregistrée, si vous acceptez. À cause de restrictions d'ordre technique, si la rencontre est tenue par téléphone, elle ne sera pas enregistrée. Il est possible que la co-chercheuse doctorante communique avec vous, dans un délai d'un mois, après la première ou la deuxième rencontre, pour un complément d'information.

Formulaire de consentement : Version 3 – 28 janvier 2015

Initiales du sujet : _____

Informations cachées afin de protéger les données

Titre du projet de recherche : Le leadership clinique infirmier : caractéristiques et processus de formation révélés par les récits de vie de personnes qui exercent ce leadership

N° de projet :

Information cachée afin de protéger les données

Page 3 de 7

RISQUES, EFFETS SECONDAIRES ET INCONVÉNIENTS

Les inconconvénients liés à votre participation à cette étude sont le temps consacré à la recherche, soit environ trois heures, le déplacement nécessaire pour les rencontres ainsi qu'un éventuel malaise que vous pourriez éprouver par rapport à certaines questions soulevées lors de ces rencontres. Si vous deviez ressentir un malaise par rapport à certaines questions, vous êtes libre de refuser de répondre et vous pourrez mettre fin à l'entretien en tout temps. Vous pourrez recourir au programme d'aide aux employés de votre établissement si cela s'avérait nécessaire.

BÉNÉFICES ET AVANTAGES

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet du leadership clinique infirmier ainsi qu'au sujet des processus de formation menant à son exercice, sont les bénéfices prévus. Le fait de recevoir le texte de son récit de vie peut aussi être considéré comme un bénéfice pour certaines personnes qui pourraient voir dans leur participation à ce projet de recherche, une occasion de réflexion sur soi.

COÛTS/REMBOURSEMENT

Vous ne recevrez aucun paiement pour votre participation à cette étude. Vous n'aurez rien à déboursier pour participer à cette étude. Nous vous rembourserons les frais de stationnement occasionnés par les rencontres pour effectuer les entrevues, s'il y a lieu. Les entrevues seront effectuées en dehors des heures de travail, à un moment choisi conjointement par la co-chercheuse et la personne participante, à partir de l'automne 2014 jusqu'en juin 2015.

INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou les institutions concernées de leurs responsabilités légales et professionnelles.

CONFIDENTIALITÉ

Protection de l'identité

Vous permettez que l'on recueille et conserve des données dans le cadre de cette étude, y compris des renseignements personnels tels vos initiales et vos coordonnées. Ces informations seront tenues confidentielles. Dans ce type de recherche, il y a un risque possible d'être reconnu et un risque possible de bris de confidentialité des personnes participantes. La confidentialité sera assurée grâce à l'utilisation d'un nom fictif associé au récit de votre vie. De plus, les informations concernant l'identité des personnes vous ayant désigné comme infirmière ou infirmier exerçant un leadership clinique de qualité seront aussi tenues confidentielles, tout comme les informations quant à l'établissement auquel vous êtes rattachée.

Accès aux données de l'étude

Les personnes qui auront accès aux données de la présente étude sont la co-chercheuse doctorante, sa directrice et sa co-directrice de recherche, de même que la personne qui effectuera la transcription des entrevues. Le projet de recherche a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche Éducation et sciences sociales de l'Université de Sherbrooke. Il a aussi été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et des services sociaux [] et ce Comité aura aussi accès aux données.

Formulaire de consentement : Version 3 – 28 janvier 2015

Initiales du sujet : _____

Informations cachées afin de protéger les données

Titre du projet de recherche : Le leadership clinique infirmier : caractéristiques et processus de formation révélés par les récits de vie de personnes qui exercent ce leadership

N° de projet : *Information cachée afin de protéger les données*

Page 4 de 7

Accès aux données de l'étude dans d'éventuelles recherches futures

La présente étude porte sur l'exercice du leadership clinique infirmier dans le secteur des soins de santé primaires (première ligne et communauté), et sur son développement, et ce, dans une perspective biographique tout au long de la vie. Notre programme de recherche prévoit l'étude de l'exercice du leadership clinique infirmier dans d'autres secteurs d'activité clinique en soins infirmiers, comme par exemple le secteur d'activité clinique en milieu hospitalier. Les données de la présente étude pourraient être utilisées dans une recherche future portant sur des comparaisons entre ces deux secteurs d'activité clinique pour ce qui est de l'exercice du leadership clinique infirmier.

Aussi, dans la présente étude, nous considérons tous les types d'apprentissage pouvant avoir eu une influence sur le développement du leadership clinique infirmier, tout au long de la vie, selon le point de vue des infirmières qui l'exercent. Notre programme de recherche serait enrichi par une étude portant plus spécifiquement sur l'effet d'apprentissages formels (ex. des programmes de formation en leadership clinique) sur le développement des habiletés des infirmières à exercer ce leadership.

Dans l'éventualité que nous voulions utiliser les données de la présente étude dans l'une ou l'autre de ces éventuelles recherches futures, cela serait fait avec votre consentement. C'est pourquoi, nous vous demandons, plus loin dans le présent formulaire de consentement éclairé, si vous consentez à ce que la co-chercheuse doctorante vous contacte de nouveau, dans le futur, pour vous présenter la nouvelle recherche et solliciter votre consentement à utiliser les données de la présente étude.

Conservation des données

Les informations et les données colligées dans le cadre de l'étude seront conservées sous clé, dans un classeur situé au bureau de la co-chercheuse doctorante, dans les locaux de l'Université de Sherbrooke. Ces informations et ces données seront conservées pour une période de dix ans après la soutenance de la thèse de la co-chercheuse et seront détruites, de manière appropriée, après cette période de temps.

Diffusion des résultats de l'étude

Les résultats de la recherche seront diffusés au moyen d'articles dans des publications scientifiques, de même que lors de congrès, séminaires ou colloques scientifiques. Ils pourront aussi être présentés auprès des partenaires impliqués dans la pratique ou dans la formation infirmière. De plus, dans le but de diffuser les résultats de cette recherche autrement que par les moyens décrits précédemment, il se pourrait que les données recueillies dans cette étude soient utilisées dans une production ultérieure, comme par exemple dans la rédaction d'un article dans une revue professionnelle ou encore dans la création d'une œuvre de fiction (par exemple, un scénario de film ou une pièce de théâtre). Quel que soit le moyen utilisé pour diffuser les résultats de l'étude, la protection de l'identité sera maintenue.

PARTICIPATION VOLONTAIRE/RETRAIT

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à la co-chercheuse doctorante ou à un membre de l'équipe de recherche.

Formulaire de consentement : Version 3 – 28 janvier 2015

Initiales du sujet : _____

Informations cachées afin de protéger les données

Titre du projet de recherche : Le leadership clinique infirmier : caractéristiques et processus de formation révélés par les récits de vie de personnes qui exercent ce leadership

N° de projet :

Information cachée afin de protéger les données

Page 5 de 7

Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur votre emploi car vos supérieurs n'auront pas accès au contenu des entrevues.

PERSONNES À CONTACTER

Pour toute question concernant l'étude, vous pouvez communiquer avec Marie-Josée Godin, co-chercheuse doctorante, au []

Si vous désirez des renseignements supplémentaires concernant vos droits en tant que sujet participant à une étude de recherche ou en cas de dommage attribuable à la recherche, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du comité d'éthique de la recherche du CSSS []

De plus, si vous avez des plaintes en tant que participant(e) à l'étude et désirez communiquer avec une tierce partie impartiale, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CSSS []

Titre du projet de recherche : Le leadership clinique infirmier : caractéristiques et processus de formation révélés par les récits de vie de personnes qui exercent ce leadership

N° de projet : *Information cachée afin de protéger les données*

Page 6 de 7

AUTORISATIONS SUPPLÉMENTAIRES

ENTREVUE ENREGISTRÉE

- ☐ **Oui, j'accepte** que la deuxième rencontre à laquelle je participerai soit enregistrée, si elle se déroule en personne, pour les fins de cette étude.

Signature du sujet

Nom (caractères d'imprimerie)

Date [aaaa-mm-jj]

- ☐ **Non, je n'accepte pas** que la deuxième rencontre à laquelle je participerai soit enregistrée, si elle se déroule en personne, pour les fins de cette étude.

Signature du sujet

Nom (caractères d'imprimerie)

Date [aaaa-mm-jj]

ÊTRE CONTACTÉE, DANS LE FUTUR, À PROPOS DU CONSENTEMENT À L'UTILISATION DES DONNÉES DE LA PRÉSENTE ÉTUDE

- ☐ **Oui, j'accepte** d'être contacté de nouveau, dans le futur, par la co-chercheuse doctorante pour solliciter mon consentement à ce que les données de la présente étude soient utilisées dans une autre recherche portant sur le leadership clinique infirmier. Cette recherche me serait alors présentée.

Signature du sujet

Nom (caractères d'imprimerie)

Date [aaaa-mm-jj]

- ☐ **Non, je n'accepte pas** d'être contacté de nouveau, dans le futur, par la co-chercheuse doctorante pour solliciter mon consentement à ce que les données de la présente étude soient utilisées dans une autre recherche portant sur le leadership clinique infirmier.

Signature du sujet

Nom (caractères d'imprimerie)

Date [aaaa-mm-jj]

Formulaire de consentement : Version 3 – 28 janvier 2015

Initiales du sujet : _____

Informations cachées afin de protéger les données

Titre du projet de recherche : Le leadership clinique infirmier : caractéristiques et processus de formation révélés par les récits de vie de personnes qui exercent ce leadership

N° de projet : Information cachée afin de protéger les données

Page 7 de 7

ÉNONCÉ DU CONSENTEMENT

La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués par un membre de l'équipe de recherche.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et j'ai reçu des réponses de façon satisfaisante.

Je reconnais avoir eu le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte.

Je recevrai une copie signée et datée de ce formulaire de consentement et l'original sera déposé dans un dossier conservé sous clé.

Signature du sujet

Nom (caractères d'imprimerie)

Date [aaaa-mm-jj]

Signature de la personne qui a
présenté le consentement

Nom (caractères d'imprimerie)

Date [aaaa-mm-jj]

Formulaire de consentement : Version 3 – 28 janvier 2015

Initiales du sujet : _____

Informations cachées afin de protéger les données

ANNEXE J

EXEMPLE DE LA COHÉRENCE INDIVIDUELLE
D'UNE PARTICIPANTE À LA RECHERCHE

Madeleine exerce un leadership clinique infirmier non formel, en soins communautaires en périnatalité et petite enfance auprès d'une clientèle vivant en contexte de grande vulnérabilité. La présentation de sa cohérence individuelle et du lien avec son exercice du leadership clinique infirmier est structurée autour de sept aspects : a) le fil conducteur que nous avons identifié à partir de l'analyse du récit de vie de Madeleine, b) ce qui la rend fière, c) la perception de son rôle comme infirmière leader clinique, d) les stratégies qu'elle privilégie dans son exercice du leadership clinique infirmier, e) ce qui semble difficile pour elle, f) les attentes envers les autres, exprimées explicitement ou non et g) sa perception de l'organisation où elle travaille.

a) Le fil conducteur

Après l'analyse attentive du récit de vie de Madeleine, nous avons identifié le sens des responsabilités comme fil conducteur dans son parcours de vie. Le fil conducteur teinte les autres aspects de ce qui constitue la cohérence individuelle chez Madeleine. L'extrait ci-dessous est en lien avec le fil conducteur identifié :

Je suis devenue autonome rapidement dans ma vie personnelle. Ma mère a été diagnostiquée avec une maladie chronique assez débilitante alors que je n'avais que neuf ans. Dès l'âge de 12 ans, je faisais l'épicerie et m'occupais de l'entretien du terrain. Mes parents ont divorcé alors que j'étais en très bas-âge [...] Je me suis beaucoup occupée de ma mère. Je pense qu'il était naturel pour moi qu'une fois adulte, je m'occupe de quelqu'un d'autre. J'ai eu mon premier enfant à l'âge de 20 ans. Puis j'ai eu les autres.

Il se dégage du récit de vie de Madeleine qu'autant dans sa vie personnelle qu'au travail, elle vise le bien-être des personnes qu'elle côtoie, et agit en ce sens. Au travail,

les personnes dont elle prend soin vivent en contexte de grande vulnérabilité et il semble qu'il ne soit pas toujours facile de créer un climat de confiance avec elles. Il s'agit en quelque sorte d'apprivoiser ces personnes, ce que Madeleine arrive à bien faire. Pour citer Le petit prince de St-Exupéry : « Tu deviens responsable pour toujours de ce que tu as apprivoisé ». Nous avançons que Madeleine se sent en quelque sorte responsable des personnes qu'elle apprivoise et les actions qu'elle met en œuvre dans son exercice du leadership clinique infirmier vont en ce sens.

b) Ce qui la rend fière

Il nous semble que Madeleine retire une fierté du fait qu'elle ne porte pas de jugement sur les personnes, qu'elle leur voue un très grand respect et qu'elle est capable de créer avec elles un solide lien de confiance. Nous avançons que cette fierté a un sens particulier chez Madeleine parce qu'elle se sent capable, en quelque sorte, d'apprivoiser une personne qu'elle accepte telle qu'elle est, puis d'assumer ensuite la responsabilité d'en prendre soin, dans une relation d'égal à égal, et de faire tout ce qu'il faut faire pour que cette personne et ses proches soient bien. Elle dit :

J'essaie d'éviter de porter un jugement sur les personnes ou sur leurs choix. C'est d'ailleurs quelque chose que j'ai voulu inculquer à mes enfants. C'est la même chose lorsque j'identifie une situation propice au counseling sur la contraception. Je demande à la personne si elle veut que je lui en parle. Si elle dit non, je n'insiste pas. J'accompagne les personnes en partant de là où elles sont et nous nous dirigeons vers où elles veulent aller [...] Je n'ai pas, autant que je le voudrais, les compétences pour aider une personne à cheminer en dépendance, mais je me dis qu'au moins j'ai les compétences pour créer un solide lien de confiance avec cette personne.

c) La perception de son rôle comme infirmière leader-clinique

Madeleine ne se voit pas comme une infirmière exerçant un leadership clinique infirmier, même si elle a été identifiée comme telle par des collègues. Elle se voit plutôt comme « une bonne personne, ouverte aux autres ». Elle dit :

Quand on m'a dit que j'avais été identifiée par mes collègues comme étant une personne qui exerce un leadership clinique infirmier de qualité, j'ai été surprise. Parce que pour moi, il y a quelque chose de « carriériste » associé à la notion de leadership. Je ne suis pas carriériste, ayant toujours fait passer ma famille en premier. Je me vois plutôt comme une bonne personne, ouverte aux autres.

d) Les stratégies qu'elle privilégie dans son exercice du leadership clinique infirmier

L'analyse du récit de vie de Madeleine montre que les stratégies qu'elle privilégie pour l'exercice du leadership clinique infirmier sont en lien avec les quatre composantes de la logique d'action que les participantes mettent en place pour créer le « nous » nécessaire à l'exercice du leadership. Nous avançons que Madeleine teinte chacune de ces composantes de son sens des responsabilités. Ainsi, pour ce qui est de la composante « établir la confiance », Madeleine a souvent à le faire avec les personnes dont elle prend soin. À ce propos elle s'exprime ainsi :

Comme dans mon milieu l'infirmière a le premier contact avec la famille, c'est elle qui crée un lien de confiance, qui évalue les besoins et qui identifie ensuite la « majeure » des besoins, c'est-à-dire le besoin prioritaire : est-il d'ordre psychosocial, infirmier, ou autre? [...] Il est donc extrêmement important que l'évaluation soit faite correctement pour que chaque famille bénéficie des services des intervenants les mieux placés et les mieux formés pour les accompagner.

Pour ce qui est de la composante « assurer la crédibilité », Madeleine a beaucoup d'expérience dans son secteur d'activité clinique et à cœur de dispenser des

soins de la meilleure qualité possible. Elle identifie une lacune qu'elle voudrait voir combler sous peu puisque ses standards de qualité de pratique infirmière sont très élevés :

Je trouve que nous, les infirmières, nous ne sommes pas assez formées pour accompagner des personnes qui ont des problèmes de toxicomanie ou de dépendance. Il y en a pourtant un bon nombre parmi les personnes auprès desquelles je fais des suivis présentement [...] Je n'ai pas, autant que je le voudrais, les compétences pour aider une personne à cheminer en dépendance [...] Je trouve ça difficile de constater cette lacune car je suis une personne qui a besoin de tout savoir pour avoir l'impression de bien soigner [...]

Nous avançons que Madeleine se sent responsable de la qualité du suivi et fera tout ce qu'elle peut pour impliquer les intervenantes ou intervenants les mieux placés ou les mieux formés pour assurer le suivi. Elle souligne l'importance d'évaluer correctement les situations cliniques rencontrées :

Si l'infirmière qui fait l'évaluation croit qu'un travailleur social devrait être impliqué dans une situation clinique donnée, elle devra rassembler les arguments en faveur d'une telle position et les présenter à un Comité d'accès composé de trois personnes. Si l'infirmière convainc le Comité du bien-fondé d'un suivi par le travailleur social, cela sera fait. Dans le cas contraire, c'est souvent l'infirmière qui fera le suivi. Il est donc extrêmement important que l'évaluation soit faite correctement pour que chaque famille bénéficie des services des intervenants les mieux placés et les mieux formés pour les accompagner.

En ce qui concerne la composante « utiliser la parole », nous avançons que Madeleine ressent une responsabilité pour ce qui est de l'apprentissage des nouvelles collègues. Elle prend la parole lors de réunions, pour sensibiliser ses collègues. Elle donne cet exemple :

Certaines infirmières d'expérience [...] s'absentent des réunions ou lorsqu'elles y sont, n'affichent pas toujours cette belle ouverture à entendre

leurs jeunes collègues raconter les expériences professionnelles qu'elles vivent. On entend des commentaires comme : « Allons-nous encore parler de cela? Il me semble qu'on en a déjà discuté! ». Cela crée un climat qui n'est pas optimal pour le partage d'expériences ou pour l'apprentissage qui pourrait en découler. À un moment donné, j'ai dit : « Comme infirmières d'expérience, vous en avez peut-être déjà discuté mais ce n'est pas le cas pour les nouvelles collègues qui ont besoin d'en parler et d'avoir votre avis d'infirmières d'expérience ».

Quant à la composante de la logique d'action que Madeleine met en œuvre dans l'exercice du leadership clinique infirmier, soit « collaborer et faire des alliances », nous soulignons que cette participante travaille dans un milieu où la collaboration entre les différents intervenantes ou intervenants est indispensable. L'extrait ci-dessous illustre le sens des responsabilités de Madeleine à travers ses relations de collaboration avec la Direction de la protection de la jeunesse :

Je travaille énormément en collaboration et je suis capable de prendre les devants. Par exemple, comme je travaille souvent avec des intervenantes de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), si je crois qu'il serait bon que je participe à une rencontre à propos d'un enfant d'une famille dont je m'occupe, je vais m'avancer et dire que j'aimerais participer à la rencontre. La plupart du temps, c'est très bien vu par mes collègues de la DPJ. En fait, je dirais que souvent ils n'attendent que ça. J'ai tendance à voir ma contribution comme infirmière dans un cadre plus large.

e) Ce qui semble difficile pour elle

Madeleine n'apprécie pas entendre certains commentaires de ses collègues sur sa manière de travailler. Elle rapporte que certaines trouvent qu'elle en fait trop. Madeleine trouve qu'elle fait ce qu'il faut qu'elle fasse pour bien accompagner les personnes dont elle prend soin. Nous avançons que Madeleine fait ce qui lui semble approprié pour pouvoir assumer ce qu'elle considère être sa responsabilité à l'égard des personnes qu'elle a apprivoisées. Elle dit :

Je considère qu'il faut agir, qu'il faut faire ce qu'on a à faire pour soutenir les personnes soignées et améliorer leur santé ou leur qualité de vie [...] J'apprécie mes collègues, mais je déteste entendre des commentaires du genre : « Fais attention, tu vas te brûler ! » Je réponds : « C'est ma couleur, comprends-tu? C'est ma couleur! ». Et quand j'entends des commentaires comme : « As-tu vraiment besoin d'aller à cette révision de dossier à la DPJ? », je réponds : « Si je pense que pour le bien de ma cliente je devrais être là, alors oui, j'y vais ».

f) Les attentes envers les autres, exprimées explicitement ou non

À la lumière de l'analyse du récit de vie de Madeleine, nous avançons qu'elle aimerait que les collègues infirmières qui font des commentaires sur sa manière de travailler, respectent sa couleur, sa particularité, sa « cohérence individuelle ». Nous avançons que Madeleine aimerait que ses collègues respectent comment elle manifeste son sens des responsabilités et qu'elles ne passent pas de commentaires sur les stratégies qu'elle déploie au travail pour satisfaire ce sens des responsabilités.

g) Sa perception de l'organisation où elle travaille

À ce sujet, Madeleine s'exprime ainsi :

On est vite jugée dans notre travail, et je dirais plus souvent par des collègues très syndicalistes, quand on en fait un peu trop [...] Je sens aussi que je n'ai pas tout le soutien qu'il faudrait de la part de l'organisation quand il est question de soins. Il me semble que quand je fais les choses différemment, je n'ai pas beaucoup de soutien [...] Mais sur d'autres aspects, je peux dire que l'organisation essaie de nous soutenir. Par exemple, les infirmières qui font des suivis en périnatalité et petite enfance auprès d'une clientèle vulnérable bénéficient de rencontres régulières avec une personne superviseuse d'activité clinique.